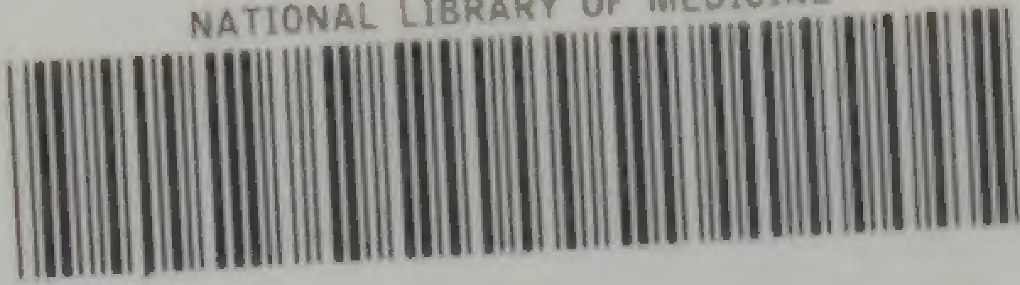

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE
NLM 00580168 2

TRATADO PRÁCTICO

DE LAS

ENFERMEDADES DE LAS MUJERES

POR

T. GAILLARD THOMAS

DOCTOR EN MEDICINA; PROFESOR DE OBSTETRICIA Y DE ENFERMEDADES DE LAS MUJERES Y DE LOS NIÑOS DEL COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS DE NUEVA YORK; CIRUJANO DEL HOSPITAL DE MUJERES DEL ESTADO DE NUEVA YORK; MÉDICO DE CONSULTA DEL HOSPITAL DE NIÑOS DE NUEVA YORK, Y DEL DE ST. MARY DE MUJERES DE BROOKLYN; MIEMBRO HONORARIO DE LA SOCIEDAD DE OBSTETRICIA DE LÓNDRES; MIEMBRO CORRESPONSAL DE LA SOCIEDAD DE OBSTETRICIA DE BERLIN, DE LA SOCIEDAD GINECOLÓGICA DE BOSTON, DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA DE LIMA, Y DE LA SOCIEDAD DE OBSTETRICIA DE FILADELFIA; MIEMBRO HONORARIO DE LA SOCIEDAD DE OBSTETRICIA DE LOUISVILLE

TRADUCIDO AL CASTELLANO POR

D. ABELARDO B. DE LUNA

DOCTOR EN MEDICINA; MÉDICO DEL NORTHERN DISPENSARY, Y AYUDANTE CLÍNICO DE LA CÁTEDRA DE CIRUJÍA ORTOPÉDICA DE LA UNIVERSIDAD DE NUEVA YORK; MIEMBRO DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE NUEVA YORK, Y SECRETARIO DE SU SECCION DE CIRUJÍA; MIEMBRO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA LEGAL, DE LA ASOCIACION DE SALUD PÚBLICA, Y DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA DEL CONDADO DE NUEVA YORK

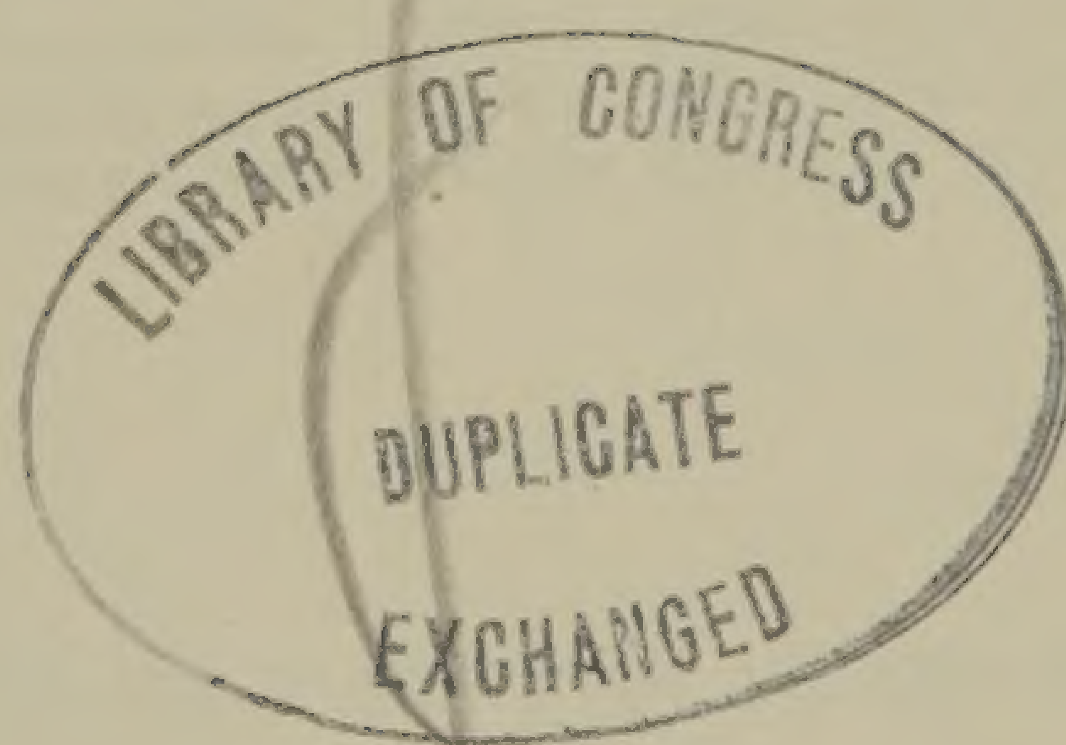
OBRA ACOMPAÑADA DE CIENTO NOVENTA Y UN GRABADOS

NUEVA YORK

D. APPLETON Y COMPAÑÍA

549 BROADWAY 551

1879


LIBRARY OF CONGRESS
DUPLICATE
EXCHANGED

PREFACIO DEL TRADUCTOR.

De todas las obras que forman el repertorio de la literatura ginecológica contemporánea, ninguna hay mas popular en los Estados Unidos, donde se han agotado rápidamente cuatro ediciones, ni mas apreciada en el estranjero, como lo demuestran las traducciones alemana é italiana publicadas recientemente, que el TRATADO PRÁCTICO DE LAS ENFERMEDADES DE LAS MUJERES por el Dr. T. Gaillard Thomas.

Dos circunstancias, que esplican la tan merecida fama de esta obra, le señalan un lugar preferente en la biblioteca del médico, y que en vano le disputará ningun otro libro del mismo género en nuestros dias, á saber: su carácter eminentemente práctico, y el presentar el cuadro mas fiel y completo que de tan importante ramo ha sido producido de este lado del Atlántico, desde que Bard publicó, en 1807, su tratado de Obstetricia, el primero que vió la luz en América, y McDowell, dos años despues, escitó la admiracion general practicando con buen éxito la primera operacion de ovariotomía intentada en el mundo.

Paréceme oportuno este lugar para llamar la atencion sobre la diferencia que, al tratar del diagnóstico de las enfermedades uterinas, el autor establece entre la sonda de Simpson y otras análogas, y la mas moderna de Sims. Es tanto mayor la importancia de este punto, cuanto que algunos autores alemanes, sin reparar aquella diferencia, han censurado injustamente al autor por haber dado á entender, en sentir de ellos, que es poco peligroso el uso de la *sonda*. A fin de prevenir los inconvenientes que pudieran resultar de semejante error, me he ceñido rigorosamente á la nomenclatura adoptada por el Dr. Thomas, designando con el nombre de *sonda uterina* la de Simpson y otras de la misma especie, y con el de *estilete uterino* la mas delgada de Sims y sus modificaciones, cuyo empleo se ha generalizado en tanto grado, al ménos en este país.

Por igual motivo, me ha parecido conveniente, al trasladar las fórmulas dadas en el curso de la obra, colocar al lado de los pesos y medidas medicinales de los Estados Unidos los equivalentes del sistema métrico, y reunir en un *Apéndice* al fin de aquella unas tablas comparativas, con ayuda de las cuales se podrá comprobar fácilmente la exactitud de las conversiones, que sólo son aproximadas, siempre que lo permite la naturaleza de los medicamentos. En todos los casos de preparados farmacéuticos especiales ó que difieren esencialmente de los conocidos con los mismos nombres en otros países, va indicada en una nota al pié la fórmula correspondiente de la farmacopea de los Estados Unidos, á la que el autor desde luego se refiere. Hállase, sin embargo, mencion de ciertas drogas y productos químicos cuya preparacion he juzgado innecesario describir, ya que en el dia se pueden obtener fácilmente en todas partes.

Era verdaderamente un defecto que, á pesar del mérito no desmentido por nadie de la obra del Dr. Thomas, no existiese de ella una edicion española. Esta falta es la que los editores han querido remediar encomendando á mi humilde pluma la traduccion que tengo ahora el honor de ofrecer á mis comprofesores. En obsequio suyo la emprendí; y mi mas grata recompensa sería tener la buena fortuna de haberla desempeñado á su satisfaccion. Pero si, alguna vez, animado del mas vivo deseo de verter á nuestra lengua las ideas del autor con la misma fuerza y claridad que tienen en el original, lo he logrado sólo á espensas de la propiedad castellana, pido por ello la indulgencia del lector en atencion á lo difícil de la tarea.

A. B. de Luna.

Nueva York, *Agosto de* 1878.

A

JUAN T. METCALFE

DOCTOR EN MEDICINA, PROFESOR DE CLÍNICA MÉDICA EN EL COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS DE NUEVA YORK

EN SEÑAL DE ADMIRACION DE SU INGENIO

DE GRATITUD POR INNUMERABLES FAVORES RECIBIDOS DURANTE LARGOS AÑOS

DE NO INTERRUMPIDA CONCORDIA Y BUENAS RELACIONES

Y

DE CORDIALÍSIMO AFECTO

DEDICA

ESTA OBRA

EL AUTOR

PREFACIO DE LA CUARTA EDICION.

Al dar á la estampa la cuarta edicion de su tratado de las Enfermedades de las Mujeres, el autor desea manifestar el inmenso placer que ha sentido por la cordial acogida dispensada á dicha obra por sus colegas de profesion, de la cual son manifestaciones el haberse agotado tres ediciones grandes en cinco años, su traduccion al aleman y los trabajos que se están haciendo ya para verter la edicion presente á los idiomas frances é italiano. Movido por semejante estímulo y por el deseo de que la obra represente verdaderamente y en todos sentidos el estado mas avanzado de la ginecología, no ha perdonado esfuerzo alguno al revisarla, escribiendo de nuevo muchas partes y sometiéndolas todas á la mas escrupulosa revision. Tambien se han suprimido algunos grabados que parecían superfluos, y se han intercalado otros nuevos que dilucidarán el texto mas completamente.

El autor desea llamar la atencion del lector sobre el siguiente punto, á saber: algunas de las maniobras que él recomienda serán difíciles en la práctica para el que use el spéculum cilíndrico ó algun otro de los que se introducen en decúbito dorsal. Como ejemplos, pueden mencionarse el uso del tallo intra-uterino con el pesario de anteversion, y el del estilete uterino; los cuales se introducen fácilmente con el spéculum de Sims, pero con dificultad cuando se emplea otro.

Estraño en estremo parecerá que el autor adopte por norma para el exámen con el spéculum el método lateral ó de Sims cuando el método dorsal es el que prevalece casi universalmente. Esplica esto con entera sinceridad, diciendo que cree que la introduccion del método lateral para el exámen con el spéculum es paso avanzadísimo en ginecología; considera que es método que ofrece á quien

lo practique grandes ventajas sobre los que se valgan del método dorsal, y espera con confianza el dia no lejano en que la gran superioridad del spéculum elevador del periné hará que sustituya á todos los demas. No vacila en confesar que su apreciacion puede ser del todo equivocada; pero es tan profunda su conviccion, que sería falsedad hablar de una manera ménos decidida. Dicho plan se sigue por todos en el Hospital de Mujeres de esta ciudad, que cuenta con un cuerpo de doce cirujanos, para quienes es siempre grata toda oportunidad de demostrar sus ventajas. El tiempo, piedra de toque de todas las cosas, decidirá tambien esta cuestion, y á su fallo se someterán de buen grado el autor y la pequeña minoría que como él opina.

Tres amigos del autor, á quienes envía las mas sinceras gracias, le han ayudado mucho en el trabajo de preparar la presente edicion: los doctores S. Beach Jones, hijo; James B. Hunter, y Matthew D. Mann.

TABLA DE LAS MATERIAS CONTENIDAS EN ESTA OBRA.

CAPTÍULO I.

CAPÍTULO II.

CAPÍTULO III.

CAPÍTULO IV.

CAPÍTULO XX.

CAPÍTULO XXI.

CAPÍTULO XXII.

CAPÍTULO XXIII.

CAPÍTULO XXIV.

CAPÍTULO XXV.

CAPÍTULO XXVI.

CAPÍTULO XXVII.

CAPÍTULO XXVIII.

CAPÍTULO XXIX.

CAPÍTULO XXX.

CAPÍTULO XXXI.

CAPÍTULO XXXII.

CAPÍTULO XXXIII.

CAPÍTULO XXXIV.

CAPÍTULO XXXV.

CAPÍTULO XXXVI.

CAPÍTULO XXXVII.

CAPÍTULO XXXVIII.

CAPÍTULO XXXIX.

CAPÍTULO XL.

CAPÍTULO XLI.

CAPÍTULO XLII.

CAPÍTULO XLIII.

CAPÍTULO XLIV.

CAPÍTULO XLV.

CAPÍTULO XLVI.

CAPÍTULO XLVII.

CAPÍTULO XLVIII.

ÍNDICE DE LOS GRABADOS.

1

ENFERMEDADES DE LAS MUJERES.

CAPÍTULO I.

RESEÑA HISTÓRICA DE LA GINECOLOGÍA.

Hoy en dia, cuando se estudian con tanto ahinco las enfermedades de la mujer, es casi indispensable que los capítulos puramente prácticos de un tratado sistemático de ginecología vayan precedidos de algunas consideraciones históricas. El conocimiento de los hechos referentes á una ciencia, cualquiera que esta sea, y de las nociones que acerca de ella se poseían en tiempos remotos, no puede ménos de interesar al estudiante, haciéndole mas apto para apreciar los adelantos modernos, é inspirándole aficion á la literatura antigua, en la que abundan indicaciones útiles, susceptibles de germinar, con beneficio de la humanidad. No pocos de los descubrimientos mas valiosos de la ginecología moderna habían sido pronosticados, y aun á veces claramente aludidos, por los autores antiguos, olvidándose luego por completo ; de lo cual podrían citarse muchos ejemplos, como el del uso de la sonda uterina y las esponjas preparadas, el de la dilatacion del cuello del útero cuando aquel se halla contraido, y aun el del mismo spéculum. Mas, para casos de esta especie, no es necesario registrar la literatura antigua, que ninguno ofrece mas notable que el del escelente procedimiento de Sims para la fístula vesico-vaginal ; el cual, descrito minuciosamente en 1834, se olvidó despues tan completamente que al cabo de veinte años pudo aceptarse como operacion del todo nueva.

No cabe duda de que los antiguos egipcios poseyeron conocimientos de medicina como ciencia. Plinio dice que, en tiempo de los Tolomeos, se estableció en Alejandría una escuela de medicina, sancionándose por la ley las disecciones del cuerpo humano. Como oculistas, los egipcios parecen haber sido especialmente hábiles, y es probable se ocupasen en el estudio de las enfermedades de la mujer, pues de las seis obras de medicina de la coleccion Thoth, que consta de cuarenta y dos tomos, se hace particular mencion de una, en que se trata de aquella materia.[1]

[1] Anotaciones preparadas para el autor por el Dr. C. Rodenstein.

Algunos egiptólogos modernos han llegado hasta decir que la forma del útero aparece entre los geroglíficos. De la estension de los conocimientos ginecológicos de los egipcios, nada sabemos, pues la literatura de tan interesante pueblo nos fué desconocida hasta que el genio de Champollion descubrió, hace pocos años, la clave para interpretarla; pero es lícito esperar que el porvenir arrojará sobre aquella cuestion mas luz que el pasado, por cuanto Herodoto[1] afirma terminantemente que en Egipto había especialistas. "Aquí, dice, cada médico se ocupa de una sola enfermedad. En todas partes abundan los médicos; unos se dedican á los ojos, otros á los dientes, otros á las partes cercanas al vientre, y otros á las enfermedades internas."

En la literatura bíblica, de tan fácil acceso para todos, no ménos escasas son las alusiones al asunto que nos ocupa; encontrándose apénas en ella, desde el tiempo de Moisés (por los años 1,500 ántes de J. C.) hasta el de Hipócrates (400 ántes de J. C.), algun ejemplo de conocimientos positivos de este género. Esto parecerá tanto mas estraño, si se tiene presente que en el Talmud se hallan pruebas de grandes conocimientos acerca de la operacion cesárea, y otros ramos de la obstetricia; que en los libros de Moisés se hace inteligente mencion del hímen y de la menstruacion; y que en el Nuevo Testamento San Lúcas, médico de aquellos tiempos, refiere el caso de "una mujer que tuvo un flujo de sangre durante doce años, y que había gastado todos sus haberes en médicos, sin que ninguno pudiese remediarla," etc.

Aunque tan poco sabemos respecto de los conocimientos que sobre esta materia poseyeron los predecesores de los griegos en civilizacion, es indudable que de aquellos recibieron estos mucha parte de su instruccion, tanto en este como en otros ramos del saber humano. La historia en todas partes nos demuestra que los egipcios instruyeron á los griegos, y estos despues á los romanos.

Es preciso admitir, segun el conocimiento que hoy tenemos de la literatura de las civilizaciones mas antiguas, que con los escritos de la escuela griega, fundada por Hipócrates, empieza la historia de la ginecología. Tres volúmenes sobre esta materia se deben á autores contemporáneos de Hipócrates; y, aunque generalmente se le han atribuido á este, el Dr. Francis Adams, traductor de las obras de Hipócrates para la Sociedad de Sydenham, los califica de "antiguos, pero espúrios, y de autores desconocidos." En estas obras se trata de la metritis, induracion, perturbaciones menstruales, dislocaciones, etc. Areteo, Galeno, Arquígenes y Celso, que probablemente florecieron en los siglos primero y segundo, trataron de la ginecología: el primero de ellos describe el tacto vaginal, las distintas especies de leucorrea, y la ulceracion del útero; el segundo, fué el primero que hizo mencion del spéculum vaginal como instrumento distinto del usado para el ano; y el tercero hace la descripcion del flemon peri-uterino, con lo

[1] Libro ii., cap. 84.

que demuestra haber sabido al ménos que los tejidos que se hallan en íntima conexion con el útero son propensos á una flegmasía supuratoria, cuyos productos purulentos se abren paso por la vagina y el recto.

Sorano el jóven enriqueció la ginecología con trabajos importantantes. Educado en Alejandría, fué á Roma en el año 220 ántes de J. C., donde escribió su tan celebrada obra intitulada *De Utero et Pudendo Muliebri.* Es el historiador mas antiguo de medicina y biógrafo de Hipócrates. Sus exactas descripciones de los órganos genitales fueron muy admiradas ; y se empeña en asegurar á sus lectores que sus disecciones fueron hechas en cadáveres humanos, y no en monos, como las de Galeno y otros. Compara la forma del útero á la de una ventosa, demostrando la relacion de aquella víscera con el ílion y el sacro, y dando á conocer los cambios que sufre el hocico de tenca durante la preñez ; atribuye el prolapso á la separacion de la membrana interna del útero ; hace referencia á la simpatía que existe entre la glándula mamaria y la matriz, y describe el hímen y el clítoris.

En los siglos posteriores á aquella época se encuentran testimonios abundantes de haberse proseguido activamente el estudio de la ginecología ; pero como muchos de los trabajos de los autores de aquellos tiempos están truncos, y se sospecha con razon que otros sean apócrifos, los pasamos por alto, deteniéndonos ante la concienzuda compilacion de Aecio,[1] quien floreció en el siglo sesto de la era Cristiana. Sus obras, recopiladas en la gran biblioteca de Alejandría, contienen un resúmen de los progresos y conocimientos de sus predecesores y sus contemporáneos, presentando el testimonio mas completo y fidedigno del saber de aquellos tiempos. Téngase entendido que al citar á aquel sabio y á Pablo de Egina, sucesor inmediato suyo y tambien compilador, aunque mucho ménos escrupuloso, no consigno las opiniones de estos individuos, y sí las de los médicos que aparecieron desde la época de Hipócrates hasta la de las mencionadas compilaciones, esto es, un período de mil años próximamente.

Aecio, en su libro xvi, discurre tan sabiamente sobre las enfermedades de la mujer, que es imposible no reconocer en él un conocimiento íntimo de un gran número de dolencias y de medios de investigacion y tratamiento, de los cuales no pocos han sido descubiertos nuevamente, al cabo de mil trescientos años, y aceptados por nosotros como nuevos. Hace mencion, por ejemplo, del spéculum, las esponjas preparadas, el flemon peri-uterino, los pesarios medicamentosos, las inyecciones vaginales, el uso de escaróticos en las úlceras del cuello, la dilatacion de este último cuando se halla contraido, una sonda para reponer el útero, etc.

Segun he dicho ántes, Galeno alude al spéculum vaginal en el

[1] Debo espresar aquí mi agradecimiento al Sr. bibliotecario del New York Hospital, quien bondadosamente me permitió consultar la obra de Aecio, y otras no ménos raras que forman parte de la coleccion del fallecido Dr. John Watson.

siglo segundo; pero Aecio lo hace con mayor claridad aun, sentando, para su introduccion, reglas que Pablo de Egina, sin indicar á su autor, copia casi textualmente. Aecio describe por estenso el uso de los dilatadores de esponja, indicando el modo de prepararlos, y aun aconsejando se les pase por el centro un hilo para retirarlos, y que se usen sucesivamente hasta que se obtenga una dilatacion completa. Advierte además, con detenimiento, la importancia de las inyecciones, de la ducha, de los baños de asiento, de la aplicacion de cáusticos á las úlceras del cuello, y para la dilatacion de este, cuando se halle contraido, recomienda se emplee un tubo de estaño. No menor que en nuestros dias era la diversidad de inyecciones vaginales en tiempo de los griegos, los cuales empleaban, exactamente lo mismo que nosotros empleamos, la corteza de granado, nuez de agallas, alumbre, aceite de rosas, llanten, zumaque, etc., como astringentes; y como emolientes, la linaza, adormideras, cebada, etc. Para curar las ulceraciones é ingurgitaciones inflamatorias, confiaban mucho en los pesarios medicamentosos, confeccionándolos de lana cubierta de cera ó manteca mezclada con azafran, cardenillo, litargirio, etc.; y Octavio Horaciano llega hasta recomendar para las úlceras de muy mal carácter una mezcla de arsénico, sandaraca y cal viva. Aecio, además de las inyecciones y pesarios, alude al uso de vapor, conducido por medio de una cánula hasta el cuello de la matriz; y, en un párrafo en que aconseja se rectifiquen las dislocaciones del útero *specillo et digito*, el mismo autor menciona la introduccion de una sonda uterina en aquel órgano para su reposicion.

Pablo de Egina, sucesor de Aecio, se refiere categóricamente al spéculum como instrumento que habia sido de uso general en época anterior á la suya. "Por lo tanto, dice, si la ulceracion está al alcance, se reconoce por medio del dioptro, y por el flujo si es profundo su sitio." En otro lugar añade que "la persona que use el spéculum debe medir con una sonda la profundidad de la vagina de la mujer, á fin de no comprimir el útero si el tubo del spéculum fuere demasiado largo."

Es interesante observar cómo muchas cosas, aun de las de poca importancia relativa, presentadas por nuestros contemporáneos como descubrimientos suyos, habían sido descubiertas ya por los antiguos. Los griegos, por ejemplo, describieron y recomendaron el pesario de aire, popularizado despues en Francia y otros países por Gariel; y Colombat afirma que "los médicos de la Grecia antigua usaban pesarios análogos á los que acabamos de mencionar (pesarios de aire), de la forma y tamaño del órgano viril, por lo cual los llamaban πριαπίσχωτα, ó pesarios priapiformes."[1] Albucasis describe los herpes uterinos en 1104, y Pablo Egineta[2] alude á las hemorroides del útero de esta manera esplícita: "Las hemorroides se forman alrededor de la boca y cuello de la matriz, pudiendo descubrírselas con el spéculum." Sucede lo mismo con tan-

[1] Enfermedades de las Mujeres, obra traducida por Meigs, p. 152.

[2] Edicion de la Sociedad de Sydenham, t. 1°, p. 645.

tas otras sugestiones modernas, que el estudiante de literatura antigua no puede ménos de admitir gustoso la verdad de la proposicion formulada por Aristóteles hace mas de dos mil años: "Es probable que el dominio de todo arte y de toda sabiduría se haya esplorado ya completamente repetidas veces, olvidándose siempre del todo sus tesoros."

Las obras de Celso, Aspasia, Moschion, y Antillo, prueban abundantemente que la escuela romana, rama de la griega, se apropió los conocimientos de esta. Pero la sabiduría de las escuelas de Grecia y Roma estaba destinada á esparcirse por el mundo, pasando como trofeo de guerra á manos de los invasores musulmanes, en tiempo de la subyugacion de Egipto y de la destruccion de la famosa biblioteca de Alejandría, por los Sarracenos, en el año 640 despues de J. C. "Los fanáticos mahometanos, dice el erudito Draper,[1] cambiaron completamente de apariencia en pocos siglos. La conducta de los árabes cuando conquistaron á Egipto fué la de acérrimos fanáticos, justificando así que algunos los acusasen de haber incendiado la biblioteca de Alejandría para calentar los baños. Pero apénas se establecieron en sus nuevos dominios, se efectuó en ellos un cambio estraordinario, trasformándose de súbito en cultivadores amantes y celosos de las ciencias." Reconocieron como á maestros suyos á los médicos de Alejandría, dando así principio á la escuela árabe. Entre otros conocimientos, adquirieron, por de contado, el de la ginecología, cuyo estudio, sin embargo, no prosperó entre ellos, por prohibir la ley mahometana el exámen de la mujer por el hombre. En vano Rhazes, Avicena y sus sucesores copiaron á los autores griegos, pues la falta de ahinco, debida á la ausencia de medios de observacion, y de esperiencia individual, dió lugar á que se fuera olvidando poco á poco aquella ciencia, y quedara finalmente sepultada en la oscuridad por muchos siglos. Albucasis, uno de los últimos de esta escuela, floreció hácia fines del siglo undécimo; y si bien despues de él aparecieron de tiempo en tiempo algunos autores de mas ó ménos mérito que trataron de las enfermedades de la mujer, nada dejaron que digno sea de especial mencion, escepto alguna que otra alusion al spéculum, el que evidentemente había caido casi completamente en desuso.

Los datos que poseemos son, pues, suficientes para justificar la creencia, de que los médicos que existieron desde la fundacion de la escuela griega de medicina (400 ántes de J. C.), hasta la dispersion de la escuela de Alejandría por los sarracenos (640 de nuestra era), poseyeron bastantes conocimientos ginecológicos, y métodos de investigacion que despues se perdieron ó dejaron de apreciarse; y plenamente corroboran el aserto del traductor inglés de las obras de Hipócrates, de que "nos dan pruebas las mas concluyentes de haberse cultivado el arte de la obstetricia, en tiempos remotos, con una habilidad estraordinaria."

No debe suponerse, sin embargo, que fué el conocimiento de los anti-

[1] Intellectual Development of Europe, p. 285.

guos tan exacto y científico como el que poseemos desde la introduccion moderna del spéculum; y seguramente se engañaría el que pretendiese buscar en aquella literatura datos patológicos claros y terminantes. No diferenciaban bastante la flegmasía uterina simple de la puerperal; confundían las afecciones de este órgano con las del tejido areolar de la pélvis; y no distinguían las enfermedades de la membrana mucosa de las del parénquima, ni los estados mórbidos del cuello de los del cuerpo del útero. Muchos de sus remedios consistían en sustancias que en el dia se consideran inertes ó perjudiciales, como el escremento de paloma, la leche de la mujer, los tuétanos de ciervo, etc.; siendo Aecio y Pablo muy adictos á la "manteca de ganso." En compensacion de esto, no dejan de encontrarse muchas ideas y sugestiones preciosas respecto al diagnóstico y tratamiento, como lo prueba indudablemente nuestra esperiencia del pasado; y nada hay que justifique la creencia de haberse agotado tan ricos veneros.

La sabiduría de los árabes, lo mismo que la del resto del mundo, fué á su vez envuelta en la supersticion é ignorancia de los siglos posteriores del oscurantismo, durante los cuales muchas de sus obras, como las de las escuelas de Grecia y Roma, se perdieron ó fueron destruidas; pero al volver á salir la sociedad de las tinieblas, vemos que al momento se sigue el hilo, aunque sin actividad ni energía, hasta principios del siglo diez y nueve.

Hácia mediados del siglo diez y siete vemos que Ambrosio Paré y



FIG. 1.—Spéculums antiguos de dos y de tres valvas. (*Sculteto.*)

Sculteto aluden con especialidad y muy por estenso al spéculum, y al modo de usarlo, representando bien el instrumento por medio de grabados, y notas de esplicacion.

"La fig. 1," dice Sculteto, "representa un instrumento llamado *speculum ani, vaginæ et uteri*, porque con él pueden verse las úlceras del recto, de la vagina, y del útero, y examinarse cuidadosamente segun su naturaleza y estension."

Aecio y Pablo conocían sin duda un spéculum tubular, puesto que dicen "si el tubo del spéculum fuere demasiado largo," etc.; pero Sculteto, como ya se ha visto, presentó dibujos de spéculums de dos y de cuatro valvas muy parecidos á los que usamos en la actualidad. A propósito de esto, nos parece digno de mencionarse que en el Museo Borbónico de Nápoles existe un spéculum bivalvo que se encontró en las ruinas de Pompeya.

Ya hemos dicho que Aecio hace alusion á una sonda para reponer la matriz; pero no debe suponerse que fué esa la primera referencia hecha á tan útil instrumento, pues Hipócrates lo menciona con frecuencia. A continuacion traducimos de la obra de M. Gallard,[1] uno de los seis pasajes que se atribuyen á Hipócrates.

"*Tratamiento para hacer fecunda una mujer estéril. Se llama la atencion á la parte en que se trata de la reposicion del cuello dislocado del útero.*

"Inmediatamente despues que la enferma haya tomado un baño y una fumigacion, ábrase la boca uterina reponiéndola al mismo tiempo, si fuere necesario, con una sonda de estaño ó de plomo, primero pequeña, despues mas grande, si pasa, hasta remediar la dificultad; sumérjase la sonda en cualquiera preparacion emoliente—la que se considere mejor—y que debe hacerse líquida derritiéndola."[2]

Un biógrafo moderno de Harvey dice,[3] "que los autores antiguos consideraban como un solo órgano la vagina y el útero, y cuando hablaban de la primera la llamaban '*uterus*' ó '*cervix uteri*.' A lo que hoy llamamos cuello del útero ellos llamaban *cervix* interno, y segun mis investigaciones no habían intentado ningun procedimiento operatorio en esta parte de la matriz cuando se hallaba en estado de vacuidad, ántes que Harvey inventara su dilatador, ó usasen inyecciones de sulfato de hierro."

Por si en la citacion anterior no se viere la prueba convincente de que se recomiendan aquellas manipulaciones para el cuello del útero, y no para la vagina, hé aquí otra de la misma obra, que no admite duda acerca de ello.

"*Tratamiento*[4] *de los casos en que, por motivo de algun defecto del orificio uterino, no se retiene el flúido seminal.*

"En los casos en que el flúido seminal se escapa inmediamente despues del cóito, la causa está en la boca de la matriz. Deben tratarse

[1] Leçons Cliniques sur les Maladies des Femmes, p. 115.

[2] Hippocrate, Œuvres Complètes, t. vii., p. 379.

[3] Obstet. Journ. Great Britain and Ireland, vol. i., p. 26.

[4] Gallard, ob. cit., p. 116.

de este modo : si el orificio está muy contraido, debe dilatarse con varillas muy pequeñas, de pino y de plomo." No es de suponerse que en casos en que el cóito era practicable, pudiese haber contraccion mas abajo del orificio esterno del útero que hiciese necesaria tal dilatacion.

El profesor Simpson asegura que los antiguos sólo usaban la sonda para dilatar el cuello, y no como instrumento esplorador ó de medicion. El *specillum* de que hace mencion Aecio, se empleaba para la reposicion, miéntras que Hipócrates recomienda el uso de una sonda acanalada por un lado y cubierta de unguentos medicamentosos, "cuya sonda se introduce en el orificio uterino, empujándola el operador hácia adelante á fin de hacerla penetrar en la cavidad del útero. En derritiéndose el medicamento, puede retirarse la sonda." [1]

Fué descrito por Wierus, en 1657, un estilete que se usaba precisamente como en el dia se usa la sonda uterina, destinándose con especialidad para la esploracion del útero ; é Hilken, Cooke y algunos otros hacen alusion al mismo instrumento.

Al examinar las principales obras de ginecología que vieron la luz en el siglo diez y ocho, observamos que se menciona frecuentemente el spéculum como cosa corriente en el tratamiento de las afecciones uterinas, aunque evidentemente no se usaba de modo que pudiese prestar eficaz auxilio en el diagnóstico ó el tratamiento. Hé ahí uno de los episodios mas curiosos que se encuentran en la historia de los descubrimientos de que tenemos noticia : un instrumento de suma sencillez y utilidad, no sólo había sido conocido en los tiempos antiguos, sino que, á pesar de haber caido despues en desuso, jamas fué completamente olvidado. Diferentes autores, hasta el mismo siglo diez y nueve, lo describieron sucesivamente, en lenguaje tan claro como posible ; y, sin embargo, ni autores ni lectores comprendieron su significacion ni apreciaron su importancia. Semejante á los indios con el diamante : todos lo veían, sin que ninguno de ellos sospechase su valor. Por ejemplo, ¿cómo hubiera podido Ambrosio Paré, al escribir en 1640, esplicar su uso con mayor claridad que en el capítulo xix de su obra, donde dice que las ulceraciones de la matriz pueden reconocerse "con la simple vista ó introduciendo el *spéculum?*" En un ejemplar de sus obras que se halla en la biblioteca del Profesor W. A. Hammond, la palabra spéculum, en la frase que acabamos de citar, está en bastardilla. Sculteto, como ya hemos visto, no sólo describió, sino que presentó con dibujos, este instrumento, en 1683.

En 1761 Astruc, al describir la oclusion de la vagina é impedimento para el flujo menstrual, dice : "No se necesita otra cosa sino examinar la vagina, introduciendo el dedo bien untado de aceite ; pero si esto no fuere suficiente, puede emplearse un *speculum uteri*, ó cualquier otro instrumento mas sencillo, para la dilatacion de la vagina, á fin de poder descubrir con la vista lo que no pudo apreciarse con el dedo."

[1] Gallard, ob. cit., p. 116.

Muchos suponen que Récamier inventó el spéculum en 1801, ó sea cuarenta años despues; pero seguramente, lo que se le debe á aquel grande hombre, verdadero fundador de la escuela moderna de ginecología, no es un invento, sino el haber restablecido el uso de un instrumento que de un modo bastante estraño se había perdido de vista. Guiado por las indicaciones contenidas en muchas obras que debían formar parte de su biblioteca y que, en atencion á sus grandes estudios de las ciencias médicas, debe suponerse le eran muy familiares, se sirvió de un spéculum vaginal en 1801. Como sus predecesores, no apreció las grandes ventajas que aquel aparato debía proporcionar; ni hay indicacion de que creyese haberlo inventado. Fué solamente en 1818 que lo dió á conocer á los médicos, colocándolo en el rango que correspondía á tan preciosa adquisicion para la ciencia. ¿Puede presumirse que un talento como el de Récamier necesitase diez y siete años de estudios y esperimentos para la aplicacion práctica de un instrumento tan sencillo y tan útil? ¿No es mas probable que la esperiencia de diez y siete años le demostrase toda la importancia del aparato? El mérito de Récamier no consiste en haber hecho una nueva invencion, sino en haber reconocido la importancia de una cosa que, aunque muy conocida, tanto de sus predecesores como de sus coetáneos, había sido mirada con indiferencia.

Aun ántes de esta feliz restauracion, hácia fines del siglo XVIII, ya los primeros destellos de la nueva era que estaba para inaugurarse podian descubrirse en las teorías avanzadas de Garangeot y Astruc en Francia, y de Denman, John Clark, y Hamilton, en Inglaterra. A principios del siglo XIX figuraban como notabilidades eminentes Sir Charles Clarke y el Doctor Gooch en Inglaterra, y Récamier y Lisfranc en Francia; y, si bien no eran los únicos escritores de eminencia, es indudable que ellos eran los que principalmente formaban la opinion médica de aquella época.

Ya entónces se dividieron los ginecólogos en dos partidos, que, con alguna modificacion, persisten todavía. En Inglaterra había marcada tendencia á considerar la afeccion local como efecto, y no como la causa del desarreglo constitucional concomitante; miéntras que en Francia se opinaba que la enfermedad uterina era el elemento principal, y que de ella dependía el estado general.

Las grandes ventajes del spéculum aseguraron su pronta aceptacion en Francia. Poco á poco, y á pesar de bastante oposicion, fué introduciéndose en Inglaterra, y ántes de que trascurriesen muchos años, se le reconoció en el mundo entero como uno de los muchos beneficios conferidos á la humanidad por la medicina. Una vez abierto por este instrumento el camino de las investigaciones, no tardaron en presentarse nuevos métodos para facilitar el diagnóstico y el tratamiento. Guilbert, en 1826, leyó ante la Academia de Medicina de Paris una memoria en que proponía la aplicacion de sanguijuelas al cuello del útero.

Samuel Lair en 1828 leyó ante el mismo cuerpo otra en que aconsejaba el uso de la sonda uterina. M. Melier en 1832 publicó un ensayo en que proponía dos innovaciones relativas al tratamiento de las enfermedades uterinas: la primera, inyecciones en la cavidad del cuello; y la segunda, aplicaciones locales al mismo, por la vagina, por medio de planchuelas de hilas empapadas en astringentes, narcóticos, etc. Sus opiniones se citan con frecuencia por los autores franceses, y Nonat dice que el autor reconoce "*avec une franchise qui l'honore*" que Boyle, Chaussier, Guillon y otros habían hecho uso de medios análogos poco ántes que él. No deja de ser curioso el que, tanto Melier como todos sus comentadores, dejen de advertir que aquellas innovaciones, una y otra, se hallan mencionadas y desarrolladas por Astruc en su excelente árticulo sobre las "*Ulceraciones del Útero*," en que describe con minuciosidad las aplicaciones de hilas medicamentosas, observando que conviene "atar un hilo á cada una de las planchuelas, á fin de poderlas retirar fácilmente cuando se las quiera cambiar." Este autor no solamente recomienda, para la cavidad del útero, inyecciones de agua impregnada de diversas sustancias, sino tambien de jugo de yerbamora, llanten, siempreviva, etc.; "Pues, como es importante, dice, que estas inyecciones penetren de lleno en la cavidad del útero, donde está la úlcera, es necesario que las haga un profesor de obstetricia que pueda introducir acertadamente la cánula en el orificio del útero," etc.

La cuestion de si el cáncer del útero era la manifestacion local del estado general de la sangre, ó el resultado de una ingurgitacion inflamatoria descuidada, se originó en aquella época, dando lugar á discusiones acaloradas y á teorías las mas encontradas.

Récamier, léjos de contentarse con esponer á la vista el cuello del útero, se atrevió á esplorar la cavidad del cuerpo del órgano, casi estableciendo el uso de la sonda, y aventurándose, en algunos casos, aun á raspar la membrana mucosa con una especie de pequeña cuchareta llamada *curette*. Además de esto, describió, por medio de uno de sus discípulos, el flemon de la pélvis, y fué el primero que, en los tiempos modernos, insinuó la posibilidad del hematocele pelviano.

Si los adelantos inaugurados por Récamier hicieron época en la historia de la ginecología; no ménos digna de memoria fué la época en que apareció en el terreno de las investigaciones Sir James Simpson, de Edimburgo; quien, hácia el año 1844, desarrolló y recomendó á la profesion muchos de los medios mas importantes que para el diagnóstico poseemos en el dia. A su genio y perseverancia se debe la utilizacion de la sonda uterina, cuyo uso Lair no llegó á generalizar, y el modo de dilatar la cavidad del cuello del útero, por medio de esponjas preparadas, á fin de examinar el interior mismo de este órgano. Tambien dió á luz de tiempo en tiempo ensayos originales y valiosos sobre la flegmasía del tejido areolar de la pélvis, el hematocele, las dislocaciones del útero, etc. Justo es decir que fueron sus artículos los que

dieron el primer impulso al estudio de las dislocaciones del útero en Inglaterra ; y que á sus esfuerzos se debe en gran parte el interés que, de algunos años á esta parte, ha escitado en aquel país la patología uterina. De esta última, poco caso habían hecho hasta entónces los médicos ingleses, habiendo sido casi esclusivamente obra de los patólogos franceses los adelantos que en ella se habían verificado. Es verdad que existía ya la escelente obra de Sir Charles Clarke ; pero aun no se había despertado aquel vivísimo interés, que tan favorable ha sido para la ginecología. Mas el Profesor Simpson no era el único que se afanaba en la tarea. El Doctor J. H. Bennet, de Lóndres, jóven entónces, que había sido, durante algunos años, interno en los hospitales de Paris, volvió á su patria preocupado con las teorías que Récamier y Lisfranc habían imbuido en el ánimo de sus numerosos prosélitos. En 1845 apareció la primera edicion de su obra sobre la "*Inflamacion del Útero,*" y puede afirmarse que ningun tratado moderno, de cualquier ramo que sea, de nuestra profesion, ha ejercido tan decidida y profunda influencia. Trataba la materia con tal vigor y vehemencia, que si no convencía, por lo ménos atraía forzosamente la atencion, produciendo una impresion innegable en el ánimo de los médicos, no sólo de su propio país, sino de Francia, Alemania y América. Aunque pocos piensen como él, es indudable que mucho le deben sus colegas, por haber dispertado en ellos el interés y dirigido sus investigaciones. Los puntos que se han discutido con mas insistencia en su obra, son : 1°. Que la inflamacion es el agente principal en las enfermedades del útero, y que de aquella resultan las dislocaciones, ulceraciones, y afecciones de los apéndices de dicho órgano. 2°. Que las perturbaciones menstruales y la leucorrea son simplemente síntomas de aquel estado morboso. 3°. Que en la gran mayoría de los casos, la accion inflamatoria se limita á la cavidad del cuello, sin estenderse á la del cuerpo del útero. 7°. Las ventajas de atacar la enfermedad en su sitio por medio de cáusticos fuertes. Hace veinte y seis años que apareció la primera edicion de la obra del Doctor Bennet, y como durante este tiempo sus teorías han sido criticadas libremente, y combatidas con calor ; y como tambien desde entónces él ha tenido mas esperiencia, y lugar para reflexionar con mas detenimiento, es interesante notar hasta qué punto haya modificado sus ideas. El *Lancet* de Lóndres contiene el resúmen de un ensayo leido por él ante la *British Medical Association*, en 1870, en el que se observa un gran contraste con sus teorías anteriores.

Por la recapitulacion con que el autor concluye su ensayo, puede apreciarse mejor su sentido.

"1°. Creo, que debido á la influencia de las doctrinas mecánicas llevadas al estremo, muchos médicos estudian de un modo demasiado esclusivo las dislocaciones uterinas, desconociendo las lesiones inflamatorias que vienen á complicarlas, y muy á menudo las determinan. 2°. Que la esploracion para averiguar la existencia de complicaciones inflamatorias se hace muchas veces sin cuidado ni

atencion alguna, como lo prueban mis continuas observaciones de casos en que las lesiones inflamatorias han sido del todo descuidadas, tratándose solamente de remediar la dislocacion, la cual es resultado, y no causa, de aquellas. 3°. Que las lesiones inflamatorias, aumentando el tamaño y peso del útero, ó de una parte del tejido de este, suelen ser la causa principal de sus dislocaciones. 4°. Que estas lesiones inflamatorias, cuando existen, deben curarse, dando tiempo, ántes de emplear medios mecánicos curativos, á que la naturaleza complete la absorcion de la tumefaccion morbosa."

Poco despues de la publicacion de la obra del Doctor Bennet, se suscitó, entre este y los doctores Robert Lee, West, y Tyler Smith, una discusion sobre el carácter verdadero de la ulceracion del cuello ; opinando Bennet que con frecuencia es el cuello el asiento de la ulceracion inflamatoria, miéntras que los otros lo negaban. En la siguiente citacion de su juicio crítico de las observaciones de Sir Charles Clarke, acerca del estado de la patología uterina en la Gran Bretaña, Bennet pone de manifiesto la importancia que para él tenía aquella teoría: "Descríbense minuciosamente, dice, varias clases de ulceraciones cancerosas, sin hacer la menor mencion de la ulceracion inflamatoria. Cuando consideramos que, como lo probaré mas adelante, de cada seis casos de enfermedades inveteradas del útero, con flujos crónicos, ya sean mucosos, purulentos, ó bien sanguinolentos, ú otros síntomas uterinos evidentes, casi cinco presentan una inflamacion ó ulceracion inflamatoria del cuello, se comprenderá cuán erróneas deben ser las teorías sobre la patología uterina, de una escuela médica que ignora un hecho de tan vital importancia."

La última edicion de la obra del Doctor Bennet se publicó en 1861 ; y, segun hemos visto, desde aquel año hasta 1870, sus teorías no habían sufrido modificacion alguna fundamental. Sin embargo, puedo afirmar que la gran mayoría de los ginecólogos progresistas de nuestra época opinan de otro modo ; y hoy, sigo yo mismo el ejemplo de Sir Charles Clarke publicando una obra en la cual no se hace "la menor mencion de la ulceracion inflamatoria," sino para refutar la teoría de su existencia.

La obra de Bennet ha efectuado un grande adelanto, estableciendo sobre una base mas sólida la diferencia que existe entre la ingurgitacion é induracion, y el cáncer incipiente del cuello.

Conviene detenernos aquí para considerar brevemente las diversas teorías patológicas que desde aquella época, y aun anteriormente, se han presentado á la profesion, y que se han adoptado de un modo mas ó ménos general.

Pueden enumerarse como sigue :—

1ª. Que la inflamacion es el punto de partida de la mayor parte de las enfermedades del útero, y que este estado morboso tiene por resultado un gran número de males.

2ª. Que la enfermedad uterina depende de algun desarreglo consti-

tucional y no necesita mas tratamiento que el indicado para la modificacion de la condicion general existente.

3ª. La opinion del Doctor Bennet, que es idéntica con la primera mencionada, si se le añade la circunstancia de que la metritis se limita por lo general al cuello, estendiéndose rara vez al cuerpo del útero.

4ª. La opinion de Tyler Smith de que la leucorrea, determinada por la inflamacion glandular del cuello, ocasiona la degeneracion granulosa de esta parte y la ingurgitacion consiguiente.

5ª. La teoría de que la dislocacion es á menudo, si no generalmente, orígen de enfermedades uterinas, siendo el estado primitivo y no secundario, y que, para aliviar el encadenamiento de fenómenos morbosos, es necesario combatir primero aquel estado, que es la causa determinante.

6ª. La teoría de que la enfermedad uterina resulta comunmente de una inflamacion de los ovarios, que, ejerciendo reaccion sobre la matriz, es en muchos casos el agente principal del estado morboso de esta.

No es mi intencion discutir por estenso el mérito de estas hipótesis, y me limitaré á algunas breves observaciones relativas á cada una de ellas.

La primera teoría mencionada en esta enumeracion es la mas antigua que se conoce, habiéndola profesado hasta los escritores de la escuela griega. Pablo de Egina pone al capítulo en que trata del asunto en cuestion, este encabezamiento : "Inflamacion del útero y cambio de su posicion." Considera la retroversion de la matriz como uno de los síntomas de dicha flegmasía ; y así opinaban generalmente los médicos franceses á principios de este siglo. Récamier y Lisfranc profesaron la misma teoría ; y Bennet la propagó en Inglaterra.

Las opiniones de este último autor, de carácter eminentemente persuasivo, y presentadas en una época en que el terreno de la patología uterina se hallaba casi completamente inculto, hicieron honda impresion en este país. En cuanto á mí, me veo obligado á confesar que el juicio que formé de ellas se ha modificado notablemente, desde que se dió á luz la primera edicion de la presente obra ; cuya modificacion ha sido determinada, no por cavilaciones teóricas, sino por estudios y experimentos concienzudos, hechos á la cabecera de mis enfermas. Estoy convencido de que es error del Doctor Bennet, el creer que la inflamacion es el agente principal que produce las enfermedades uterinas ; y así como he cambiado de opinion acerca de la patología, así lo he verificado necesariamente en lo tocante al tratamiento. Creo que en la actualidad muchos de los que aceptaron al principio las teorías del Doctor Bennet, convendrán en que su tratamiento era escesivamente severo, heróico en estremo el uso que hacía de los cáusticos, y en que descuidaba demasiado el mantener artificialmente en posicion el útero dislocado. Nadie habría podido acoger mas cordialmente que yo sus teorías, las cuales seducian á causa de su sencillez, y tenian cierto carácter espe-

cioso de sensatez ; pero la atenta observacion, á la cabecera de las enfermas, de un gran número de casos, que presentaban toda la variedad deseable, me impone la conviccion de que, mas bien que felices, son desfavorables los resultados á que conducen dichas teorías. Haré, pues, en la presente obra, por modificar mis asertos segun en mi sentir lo requiera el perfecto desarrollo del asunto.

Las poderosas razones que existen para sostener la segunda de las teorías mencionadas arriba, no pueden ménos de impresionar al que se dedique al estudio práctico de las enfermedades de la matriz. Ningun trastorno grave del útero persiste mucho tiempo sin alterar en mayor ó menor grado la salud general. El sistema nervioso sufre grandes perturbaciones, de cuyas resultas se ejercen mal las funciones, siendo su consecuencia segura los desórdenes de la hematosis. Por cuanto se verifica casi siempre desapercibidamente la invasion de la enfermedad local, y puede esta existir bastante tiempo sin dar motivos de sospechar su presencia, nada estraño es que muchos la consideren como uno de los numerosos efectos del estado general de alteracion. Los tres hechos siguientes, que puedo afirmar no dejarán de repetirse tantas veces cuantas ocasiones favorables para averiguarlo se presenten, servirán para debilitar aquella suposicion : 1°. Concurriendo una enfermedad uterina y un trastorno constitucional, rara vez bastan *solos* los medios generales para suprimir la primera ; 2°, suprimida la afeccion uterina, mejora inmediatamente el estado general ; y, 3°, todos aquellos estados generales que debilitan en mas alto grado las fuerzas vitales, como, por ejemplo, la leucocitemia, el escorbuto, la tísis, la uremia, etc., destruyen la vida sin dejar, salvo en algunos casos escepcionales, el menor indicio de enfermedad uterina resultante.

La depresion constitucional de una mujer puede, sin embargo, en ciertos casos, llegar á ser causa predisponente de una enfermedad local, y así como dicha causa puede producir la degeneracion granulosa del interior del párpado, así tambien puede ocasionar una análoga en el cuello del útero ; aunque ámbas requieren un tratamiento á la vez local y general. Una mujer debilitada está mas predispuesta que una robusta, á la subinvolucion, congestion pasiva, y dislocaciones, despues del parto ; y la inflamacion de las glándulas del cuello del útero, es un resultado bien conocido de la tísis pulmonar, de la sífilis terciaria, y de la anemia.

Citaré textualmente la teoría de Tyler Smith.[1] Dice así : "Estoy convencido de que en la mayoría de los casos en que existen condiciones morbosas del cuello y orificio de la matriz, una leucorrea cervical, ó mejor dicho, un aumento morboso de secrecion de las glándulas mucosas de la cavidad del cuello, es la parte mas esencial de la enfermedad ; y que las lesiones de la parte inferior del útero, á las que se ha atribuido tanta importancia, suelen ser afecciones secundarias, producidas por la

[1] Sobre la Leucorrea.

leucorréica." Esta teoría, emitida en la forma que acabamos de ver, no era nueva, pues Lisfranc[1] habia dicho anteriormente, que: "De la observacion resulta, que la leucorrea puede determinar primero y luego mantener ingurgitaciones uterinas: las ocasiona con frecuencia."

Es de advertirse, sin embargo, que Lisfranc dice "con frecuencia," y el Dr. Smith, "en la mayoría de los casos." Pero ni aun el mismo Lisfranc fué el primero que emitió la teoría en cuestion: Pablo Egineta[2] cita el "deflujo" como una de las causas de la "ulceracion de la matriz." Nadie negará que un flujo leucorréico acre ocasiona una erosion del cuello, una vaginitis foliculosa, una uretritis, ó una inflamacion y prurito del pudendum. En los niños que padecen de catarro nasal, se ve con frecuencia, en el labio superior, una irritacion análoga, que á veces se estiende por toda la cara, como erupcion cutánea. La leucorrea, considerada por Smith como la enfermedad principal, es solamente un síntoma de la flegmasía de la membrana interna del cuello, de cuyos tejidos profundos puede perturbar la nutricion, dando lugar á la hipertrofia é induracion de dicho cuello. Las teorías de Smith fueron emitidas al tiempo en que Bennet pugnaba por hacer reconocer la de que la inflamacion es la clave de la patología uterina; y al combatir la teoría de la inflamacion parenquimatosa, dejó asentado el hecho importante de que el estado morboso que se designa con aquel nombre, es con mucha frecuencia consecutivo y es resultado de lesiones que tienen orígen en la membrana interna de la cavidad del útero. El Dr. Smith sostuvo su tésis con aquella habilidad y energía que lo han hecho tan popular en America, donde aun persiste la influencia de sus escritos sobre la patología uterina.

En 1854 se promovió en la Academia de Medicina de Paris una discusion acalorada, que no tardó en tomar proporciones importantes, sobre el tratamiento de las dislocaciones del útero. Velpeau apareció como defensor de la hipótesis que espresamos con sus propias palabras. "Digo, sin embargo, que la mayoría de las mujeres tratadas por otras afecciones uterinas no tienen mas que dislocaciones; y afirmo, que de cada veinte de las que padecen enfermedades de la matriz, ú otra parte de esta region, aquellas, por ejemplo, en las cuales se diagnosticó inflamacion (ingurgitaciones), diez y ocho tienen dislocaciones." Algunos de los médicos mas eminentes de Paris apoyaron á Velpeau en esta y en otras discusiones posteriores, y aun hoy, muchos sostienen las ideas emitidas entónces. Nadie, que tenga la debida esperiencia, pondrá en duda el hecho de que un vicio de posicion del útero da con frecuencia lugar á otra de nutricion y de sensibilidad. Todos hemos observado repetidos casos, en que, con la reposicion y mantenimiento de un útero dislocado, han desaparecido inmediatamente un gran número de síntomas que muchos hubieran atribuido á la inflamacion del tapíz mucoso ó del

[1] Clin. Chirurg., t. ii, p. 303. [2] Obra citada, p. 624.

parénquima de aquel órgano. Todo médico debe haber visto una completa curacion resultar del alivio de una dislocacion, que se habia considerado únicamente como concomitante, sin importancia, del estado morboso. Pero admitir esto, es admitir tan solo que conviene tener presente que la dislocacion es una de las muchas influencias nocivas que pueden perturbar la inervacion, circulacion y nutricion del útero, sin que por ello se la mire como la principal causa determinante de las enfermedades uterinas.

La teoría de la importancia primaria de la dislocacion fué sostenida con habilidad durante mucho tiempo, en este país, por el profesor Hugh L. Hodge, de Filadelfia, y cuenta con numerosos prosélitos. El ejemplo mas notable y mas reciente de su adopcion, es el del Doctor Graily Hewitt, de Lóndres ; el cual, sin embargo, no considera la dislocacion como causa determinante, esencial y primaria de las afecciones uterinas, sino casi esclusivamente en el caso de flexiones, de modificacion de la forma del útero. De las siguientes citaciones de la tercera edicion de su escelente tratado sobre las enfermedades de las mujeres, se colige la importancia que aquel escritor atribuye á dicho género de dislocaciones :

"*a.* En las enfermas que presenten síntomas de inflamacion uterina (ó mejor dicho, síntomas referentes al útero) rara vez se deja de descubrir ó una flexion, ó algun cambio de forma del útero, en grado mayor ó menor, pero siempre de carácter fácil de reconocer.

"*b.* El cambio de forma del útero suele provenir de un reblandecimiento anormal de los tejidos del órgano, que á veces pudiera designarse con el nombre de inflamacion crónica.

"*c.* Una vez producida la flexion, no sólo tiende á perpetuarse, por decirlo así, sino que sigue siendo la causa permanente de la inflamacion crónica existente."

En ciertos casos, se observan síntomas muy graves y penosos de lesion uterina, debidos á una ovaritis crónica ; cuya enfermedad, atendida la ineficacia de su tratamiento, atemoriza con razon al facultativo. Reconocidos los síntomas de afeccion uterina, se esploran los órganos pelvianos. No se descubre enfermedad alguna de la matriz, pero sí los ovarios caidos en el fondo de saco de Douglas, doloridos y tumefactos. En otros casos se halla coexistente la afeccion uterina con la tumefaccion, hiperestesia y dislocacion de los ovarios, y el médico espera en vano que, una vez suprimida la lesion uterina, desaparecerá en seguida la ovaritis. En su desengaño ve, sin embargo, que semejante consecuencia no se verifica, y que lo que él consideraba como accidente secundario, es realmente de importancia primordial. Por esta razon no debe darse por completo ningun exámen del útero que no comprenda la mas atenta investigacion del estado de los ovarios.

Durante muchos años no creí en la frecuencia de las lesiones de los ovarios como orígen de los síntomas ordinarios de afecciones uterinas ;

pero ya estoy completamente convencido de ello y pocos son las casos en que hago el prognóstico con mas reserva, que en los que presentan uno ú otro ó ámbos ovarios engrosados, hiperestésicos y dislocados.

Desde el año de 1850, en que publicó el Doctor Tilt, de Lóndres, su bien conocida obra sobre la Inflamacion de los Ovarios, nadie se ha esforzado en llamar, con mas insistencia y constancia que el mencionado autor, la atencion de los ginecólogos á la importancia de la patología de los ovarios. En una sesion de la Sociedad Obstétrica de Lóndres, que tuvo lugar en abril del año próximo pasado, presentó en resúmen sus teorías, y no carece de interés observar el efecto que en ellas han producido el tiempo y la esperiencia. He aquí los puntos que sostuvo en el principio : 1°. Que la conocida frecuencia de las lesiones inflamatorias de los ovarios, y de los tejidos que los rodean, tiene mas importancia práctica que la que generalmente se le atribuye. 2°. Que de todas las lesiones inflamatorias del ovario, son ménos frecuentes las que acarrean la destruccion completa del órgano, y mas numerosas, y por lo tanto mas importantes, aquellas que se atribuyen á una enfermedad que puede llamarse ovaritis crónica ó sub-aguda. 3°. Que por lo general las enfermedades pelvianas de la mujer provienen de una ovulacion morbosa. 4°. Que la ovulacion morbosa es causa comunísima de la ovaritis. 5°. Que la ovaritis determina frecuentemente la peritonitis de la pélvis. 6°. Que son frecuentes los derrames de sangre del ovario y los oviductos en el peritóneo. 7°. Que la ovaritis sub-aguda causa y prolonga con frecuencia la metritis. 8°. Que la ovaritis generalmente da lugar á grandes trastornos menstruales de muchas especies. 9°. Que ciertos tumores crónicos del ovario pueden considerarse como aberraciones de la estructura normal de las vesículas de Graaf.

El Doctor Tilt advierte que, aunque al enunciarse estas teorías fueron criticadas de un modo adverso por los doctores Rigby, West, Bennet y Churchill, en la actualidad están aceptadas bastante comunmente ; y añade que, tanto clínica como necroscópicamente, han sido plenamente demostradas por Aran, Bernutz, Gallard, Negrier y Lireday. Aunque yo niego completamente su 3ª teoría de Tilt, la que me parece universal en demasía, estoy enteramente de acuerdo con él en las ocho restantes.

Hanse hecho, de algunos años á esta parte, grandes adelantos en el tratamiento quirúrgico de las enfermedades de las mujeres. Con el ejemplo de Simpson, Wells, Brown y Clay, de Inglaterra, de Simon, Esmarch, Ulrich, Hegar y Spiegelberg, de Alemania, y de Sims, Atlee, Emmet, Bozeman, Peaslee, Dunlap, Agnew y Kimball, de los Estados Unidos, se han perfeccionado y son comunísimas en el dia las operaciones ovariotómicas, y la curacion de las roturas del periné, de las fístulas vesico-vaginales, de la contraccion ó tortuosidad del cuello, del prolapso del útero, etc. Si es de estrañar que estas preciosas opera-

ciones quedasen tan completamente olvidadas durante largo tiempo, no ménos notable es el entusiasmo con que han vuelto á ponerlas en uso, de algunos años á esta parte : en la péndola, las oscilaciones escesivas hácia un lado se compensan por otras igualmente exageradas hácia el lado opuesto. Todos los que desean la prosperidad de la ginecología deben deplorar la marcada tendencia á favor de las operaciones quirúrgicas que se revela en muchos de los ginecólogos modernos mas eminentes. En efecto, infinitas dolencias, que solo reclaman tiempo y una medicacion perseverante, se hacen, precipitada é irreflexivamente, objeto de operaciones mas ó ménos formidables. Todo médico debe haber observado, con frecuencia, casos en que la incision del cuello del útero, ú otra operacion semejante, ha dado orígen á una peritonitis ó un flemon de la pélvis, que han impuesto á la enferma meses de cama, justificando que se dudara de la necesidad de aquella operacion. Nadie que lea estas páginas podrá acusarme de no reconocer la utilidad de las operaciones á que me refiero, ni de temer recurrir á ellas. Antes bien, las considero como grandes adelantos ginecológicos, y me valgo de ellas comunmente en la práctica. Lo que censuro no es el uso, sino el abuso que innegablemente se hace de ellas. Lo que acabo de decir es aplicable con igual fuerza á la confianza exagerada que muchos tienen en el tratamiento local, para la curacion de las enfermedades uterinas. El que con frecuencia tenga la ocasion de observar, en consulta, aquellas enfermedades, debe en muchos casos verse obligado á recomendar la cesacion de todo tratamiento local, como la verdadera condicion indispensable de la curacion.

Las investigaciones patológicas de la escuela alemana han dado grande impulso á la ciencia y el arte ginecológicas. Los observadores laboriosos, concienzudos y perseverantes de aquella nacion, que indudablemente se halla hoy á la cabeza de todas las demás en lo tocante al estudio de la patología, han modificado y perfeccionado nuestras teorías relativas á esta ciencia ; enriqueciendo al mismo tiempo nuestra literatura con sus trabajos, de gran valor práctico, entre los cuales pueden mencionarse especialmente los de Kiwisch, Lumpe, Oppolzer, Hennig, Waldeyer, Braun, Simon, Spiegelberg y Martin. Es muy conocida la obra de Scanzoni, traducida al inglés por el Doctor Gardner de esta ciudad ; y el Dr. John Clay, de Birmingham, ha prestado un gran servicio con su escelente traduccion de los capítulos dedicados, en la obra de Kiwisch sobre la *Patología y tratamiento de las enfermedades de las mujeres*, á las afecciones de los ovarios.

El primer tomo de la obra del profesor Julius M. Klob, de Viena, sobre la *Anatomía patológica de los órganos de la generacion en la mujer*, traducido por los doctores Kammerer y Dawson de esta ciudad, viene á ser tan preciosa adquisicion para la biblioteca del especialista, que hace desear ardientemente la pronta publicacion del tomo segundo.

Antes de concluir esta reseña histórica, me es muy satisfactorio

poder añadir que la América no ha dejado de contribuir á los adelantos en el ramo de la medicina que me ocupa. Miéntras que en otros países los autores que hemos mencionado impulsaban y adelantaban la ginecología, á principios de este siglo, en América era cultivada esta ciencia con ahinco por tres observadores, hijos de una misma ciudad, á saber Dewees, Meigs y Hodge. Habiendo acometido su tarea con una habilidad sobresaliente y un entusiasmo poco comun, y contando, como escritores é instructores públicos, con abundantes medios para la diseminacion de sus teorías, grande fué la influencia que ejerció cada uno de ellos sobre la profesion en general. Al último, mas que á nadie le deben los médicos del mundo entero el método para mantener convenientemente en posicion el útero por medio de pesarios ; y aun en la actualidad se ve acrecentarse rápidamente el número de los que, como él, rechazan con diligencia la teoría de la flogósis en las enfermedades uterinas, notándose entre ellos los mas hábiles y mas filosóficos de nuestros colegas.

Al desarrollo de este importante ramo de la medicina, han contribuido los Estados Unidos con la anestesia, la ovariotomía, el restablecimiento del método (completamente olvidado desde el tiempo de Gossett) para el tratamiento sistemático de las fístulas vésico-vaginales, y, por último, con los métodos de Sims para la esploracion de las vísceras pelvianas.

He dicho en otro lugar, que los resultados de los trabajos de Récamier y de Simpson hacen época en la historia de los progresos del ramo que nos ocupa ; y me atrevo á afirmar aquí otro tanto de las grandes ventajas que proporciona y continuará proporcionando el spéculum inventado por Marion Sims, sin contar los adelantos introducidos por él en el modo de tratar los accidentes á que están sugetos los órganos genitales. Por medio de un nuevo principio, dicho spéculum espone á la vista del esplorador el útero, facilitando se pueda examinar ese órgano de una manera mas completa que ántes. El triunfo de Récamier, poniendo de manifiesto el cuello del útero, inauguró una nueva era ; otra se inauguró por Simpson, el dia en que abrió á la vista el cuerpo del útero ; y una tercera por el invento con que Sims ha hecho mas simples, á la vez que mas eficaces y mas satisfactorios, los medios de esploracion conquistados por los dos primeros.

El efecto de los spéculums comunes que se hallaban en uso ántes del inventado por Sims, se reducia simplemente á la separacion mecánica de las paredes de la vagina, á fin de permitir que la vista pudiese penetrar hasta el útero ; al paso que el de Sims eleva la pared vaginal posterior, y el aire, entrando en el conducto, lo ensancha en toda su estension ; de modo que, acostada de lado la enferma, facilísimamente se puede tentar la cavidad uterina, y hacer al fondo las aplicaciones del caso. Bien preveo que muchos no convendrán en esta opinion ; pero yo, con entera despreocupacion en cuanto á los instrumentos de uno y otro

sistema, la sostengo sin temor, seguro de que con el tiempo triunfará. Sé de antemano cuál será el fallo de quien haga la prueba de ámbos modos de verificar las esploraciones; y carece de peso toda opinion no fundada en semejante ensayo. Puede preguntarse, y acaso con oportunidad, cómo puedo sostener semejante opinion, cuando yo soy el único autor de un tratado sistemático de ginecología que recomiende el nuevo método de esploracion, como preferible al que se sigue generalmente con el spéculum cilíndrico; cuando pocos ó ningunos ginecólogos de Inglaterra ó de la Europa continental adoptan esclusivamente dicha innovacion; y cuando, aun en esta ciudad, á pesar del influjo personal del mismo Sims y del Hospital para Mujeres fundado por él, no pasan de una docena los médicos que la han adoptado, los mas de los cuales están relacionados con aquel establecimiento. La razon de ello es, que se necesita mucha práctica para poder emplear eficazmente el spéculum de Sims; cuyo aparato, en manos no adiestradas en su manejo, será ménos útil que los spéculums comunes cilíndrico y de valvas. Seguro estoy de que los mas de los médicos que lo han ensayado y abandonado,—excepto para operaciones en la vagina ó en el útero,—han atribuido á un instrumento de que no saben servirse aquello que consistia únicamente en su propia ineptitud. Otra circunstancia desventajosa para el spéculum, es la de necesitarse un ayudante —y conviene que sea un ayudante experimentado—que lo mantenga; pues aun no se ha descubierto, ni creo que se descubra nunca, ningun aparato eficaz para ello. Va siendo costumbre bastante general de aquellos de los ginecólogos especialistas de Nueva York que se sirven del nuevo spéculum, recibir en su oficina á las enfermas, con asistencia de una ayudanta ó enfermera esperimentada que atienda aquellas y se encargue del manejo del instrumento. Son tales las ventajas que resultan de este sistema, que apénas las pueden concebir los que se aferran en el antiguo modo de verificar las esploraciones. Pero la gran esperiencia que se requiere á fin de poder utilizar cumplidamente ese spéculum y el inconveniente de ser indispensable la ayuda de una enfermera para su manejo, seguirán siendo poderosos motivos para que su uso no llegue á ser universal, ni aun general. Juzgo que no lo han de adoptar jamas aquellos médicos á quienes se presenten pocos casos de lesiones uterinas; pero hay en el dia un gran número que estudian con ahinco la ginecología y muchos que la practican de un modo científico, y á ellos es á quienes dirijo estas observaciones.

Bien sé que al hacerlas tan abierta y resueltamente, me espongo á la crítica aterradora de una poderosísima mayoría. Debo confesar la estrañeza que, aun á mí, me causa el poco terreno hasta ahora ganado por el spéculum de Sims en la *práctica comun;* mas, habiendo examinado con entera imparcialidad durante muchos años uno y otro modo de verificar las esploraciones, y conociendo como conozco sus méritos respectivos, me es imposible mirar como dudoso el triunfo definitivo

del nuevo sistema—cuyo triunfo confirmará el impulso que viene recibiendo ya la ginecología.

Antes de dejar esta parte de mi tarea, tengo que cumplir con un deber, invitando á mis colegas á que pongan á prueba el valor del sistema, de la manera siguiente. Aprendan, no por sí solos, sino bajo la direccion de un maestro hábil, el modo de servirse del spéculum de Sims; tengan á su disposicion una enfermera experimentada, con cuya asistencia sigan perseverantemente el método, durante tres meses:—al cabo de ellos proclamarán gustosos la realidad de las ventajas que ahora tienen por tan exageradas. Nada hay mas fácil que el atacar, *pluma en mano*, una posicion como esta en que yo me presento aquí—ninguna mas propia para provocar una revista joco-seria. Pero la cuestion es de muy vital interés para tratársela tan á la ligera. Todos los trabajadores animosos de nuestro campo, mas que por probar que ellos tienen razon, se afanan por descubrir la verdad; todos los hombres cuerdos, mas que de hallar pretestos para aferrarse á lo antiguo, tienen un vivísimo deseo de aprovechar cuantos perfeccionamientos en su carrera se presenten.

Vienen haciéndose, desde mediados de este siglo, notables esfuerzos para abrir á la mujer el campo de la ginecología, y colocar á esta ciencia y la obstetricia, en cuanto fuese dable, bajo la direccion de doctoras. Para este fin se han fundado colegios de medicina para mujeres, en Nueva York, Filadelfia y otras ciudades de los Estados Unidos; y últimamente se anunció en los periódicos la fundacion de un establecimiento análogo en Lóndres. En Francia, son comunísimas, desde hace mucho tiempo, las *sages-femmes*, parteras. Muchos de los partidarios de aquel proyecto, lo miran como nuevo, y no se cansan de repetir, que á la mujer nunca se le ha proporcionado la ocasion de ensayarse en una esfera que le es en tan sumo grado propia. ¡Qué error tan grande! El campo, no solo le ha sido abierto como á competidora del hombre, sino que á veces le ha sido abandonado esclusivamente: si el triunfo no ha coronado sus esfuerzos, no debe imputarse esto á la falta de ocasion, y sí á la falta de capacidad ó de idoneidad. Aecio alude á los escritos y la clientela de Aspasia, doctora en medicina en Roma, hácia el siglo 3º, citándola largamente en lo que toca á la ulceracion y las dislocaciones de la matriz. Pablo de Egina debe algunos de sus capítulos á Cleopatra, de cuyos escritos se han conservado así ciertos fragmentos hasta nuestros dias. Evidente es el respeto con que hace las citas, cuyo orígen nunca deja de indicar. Una mujer árabe, llamada Trótula, dió á luz, en el siglo décimotercio, un tratado en que afirma que muchas sarracenas ejercian la obstetricia en Salerno. Mas tarde, en los siglos diez y ocho y diez y nueve, en las universidades de Italia, graduaban á mujeres de doctoras en medicina, las que, como tales, gozaban de mucha consideracion. En Boloña, en 1732, se recibió de doctora Laura Bassi, quien tuvo durante seis años la cátedra de física.

Hácia fines del mismo siglo, Madonna Manzolina daba cursos de anatomía, miéntras que otras de ménos nombradía tenían cátedras mas modestas. Las mujeres de Grecia y de Roma acometían la tarea tan bien preparadas, así mental como físicamente, como las del tiempo presente ; y á buen seguro las sucesoras de Agnodice[1] no tendrían motivo para quejarse de la falta de ocasion.

A las mujeres de la civilizacion árabe tampoco les faltaba la ocasion, ántes bien, el deber les servía de estímulo, para la adquisicion de conocimientos y de habilidad ; pues prohibiendo las leyes mahometanas, por motivo de las costumbres sensuales y libertinas de los sarracenos, que los hombres asistiesen á las mujeres, el cuidado de estas quedaba esclusivamente á cargo de las parteras, salvo en casos de grave peligro.

Ningun hombre de espíritu ancho y liberal puede querer que se cierren las puertas de la ciencia para quien esté animado del deseo sincero de conquistarla ; y no obstante, el irrecusable testimonio de la historia demuestra, que, á pesar de las facilidades y estímulos que han tenido las doctoras en medicina, hasta ahora, léjos de haber enriquecido el arte que se les había encomendado, ni siquiera han logrado mantenerla íntegra. Tal vez sea mas halagüeña la esperiencia de los tiempos venideros ; pero, aun cuando tal fuera, no sería eso razon bastante para que se desconociese la leccion de los pasados.

Con la ocasion hoy presentada á las mujeres para reconquistar el terreno en otro tiempo perdido, no puede ménos de quedar satisfecho el celo del reformista moderno mas exigente. Va desapareciendo por grados, tanto en Europa como en este país, la preocupacion que existió largo tiempo en los ánimos, contra el ejercicio de la medicina por las mujeres. Algunos de los mas hábiles de los profesores jóvenes de esta ciudad tienen cátedras en la escuela de medicina para mujeres ; y no pocos de nuestros colegas los mas distinguidos han aceptado el cargo de consultores en el hospital de aquel establecimiento. En la práctica general se admite sin demora la consulta de las doctoras, pudiendo estas ser miembros de la *County Medical Association*, que es uno de los dos cuerpos que representan la facultad médica en esta ciudad. Por mucho que los médicos mas liberales y mas eminentes de esta metrópoli deploren el empeño de las mujeres y duden de su buen éxito, es evidente que todos opinan unánime y sinceramente que á aquellas se les debe franquear la entrada al campo de la medicina, á fin de proporcionarles la ocasion de patentizar su capacidad para el desempeño de tan ardua empresa.

En obsequio del deseo de los jóvenes practicantes, que con frecuen-

[1] Digna es de saberse la historia de esta mujer. A pesar de las leyes vigentes en aquellos tiempos, estudió medicina, y, disfrazada en traje de hombre, la ejerció con mucha distincion. Acusada de corrupcion, fué puesta en juicio ; pero reveló á los jueces el secreto de su disfraz ; y, no sólo se la puso en libertad, sino que se promulgó una ley disponiendo que, en lo sucesivo, toda mujer nacida libre podía estudiar medicina.

cia me piden opinion, acerca de las obras mas á propósito para formar un núcleo de biblioteca ginecológica, pongo á continuacion una lista de aquellas que, sobre cuestiones prácticas, pueden consultarse con mas ventaja :

Nonat—Maladies de l'Utérus, 1 tomo.
Aran—Maladies de l'Utérus, 1 tomo.
Becquerel—Maladies de l'Utérus, 2 tomos.
Blatin et Nivet—Maladies des Femmes, 1 tomo.
West—Diseases of Women, 1 tomo.
Tilt—Uterine and Ovarian Inflammation, 1 tomo.
Bennet—On the Uterus, 1 tomo.
Simpson—Diseases of Women, 1 tomo.
Hewitt—Diseases of Women, 1 tomo.
Churchill—Diseases of Women, 1 tomo.
Byford—Medical and Surgical Treatment of Women, 1 tomo.
Sims—Uterine Surgery, 1 tomo.
Baker Brown—Surgical Diseases of Women, 1 tomo.
Tilt—Uterine Therapeutics, 1 tomo.
Scanzoni—Diseases of Females, 1 tomo.
Meigs—Diseases Peculiar to Females, 1 tomo.
Bedford—Diseases of Women and Children, 1 tomo.
Colombat—On Females (annotated by Meigs), 1 tomo.
Ashwell—Diseases of Women, 1 tomo.
McClintock—Diseases of Women, 1 tomo.
Courty—Maladies de l'Utérus et de ses Annexes, 1 tomo.
Hodge—Diseases Peculiar to Women, 1 tomo.
Klob—Pathological Anatomy of the Female Genital Organs, 1 tomo.
Spencer Wells—On Diseases of the Ovaries.
Kiwisch—On Diseases of the Ovaries, 1 tomo.
Wright—Diseases of Women, 1 tomo.
Emmet—On Vesico-Vaginal Fistulæ, 1 tomo.
Duncan—Parametritis and Perimetritis, 1 tomo.
Duncan—Fecundity, Fertility, and Sterility, 1 tomo.
Athill—Diseases of Women, 1 tomo.
Gallard—Léçons Cliniques sur les Maladies des Femmes, 1 tomo.
Peaslee—Ovarian Tumors, 1 tomo.
Atlee—Ovarian Tumors, 1 tomo.
Barnes—Treatise on Diseases of Women.

CAPÍTULO II.

ETIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES UTERINAS.

Al estudiar las causas de las lesiones uterinas, me contraeré á las que son comunes en este país; guardándome de tratar siquiera de su frecuencia comparativa en los Estados Unidos y en otras regiones, para lo cual fueran además menester datos estadísticos que no poseo. Por otra parte, es mas fácil describir fenómenos que pasan á nuestra vista, que otros que sólo conocemos por haber leido ú oido hablar de ellos :—hé ahí otra circunstancia que impone á mi obra los límites arriba indicados.

No es mi ánimo enumerar en este capítulo todas las causas de las enfermedades uterinas, y sí concretarme á considerar aquellas que son evitables, resultando de la violacion de las leyes higiénicas, y revistiendo un carácter mas bien predisponente que escitante. Otras, de índole accidental ó escitante, serán designadas despues, á medida que se vayan presentando, con las enfermedades especiales.

Si se compara el estado actual de la mujer de la buena sociedad en todos los países, con el de la mujer del campo en las mismas latitudes respectivamente, con el de la india de la América del Norte, ó con el de la fuerte y robusta negra de los Estados del Sur, apénas se podrá creer que todas reconocen un mismo orígen, y poseyeron en un tiempo las mismas cualidades físicas. La esperiencia enseña que la mujer, cuando no ha estado espuesta á ningunas influencias dañosas ó debilitadoras, no es ménos vigorosa que el hombre de la misma raza, ni ménos propia que este para sobrellevar los trabajos y molestias de la vida; habiendo tríbus salvajes en que se considera á la mujer como superior al hombre. Entre los irracionales se manifiesta mas claramente todavía esa igualdad. La yegua resiste tanto como el caballo, y no pocos de nuestros caballos de corrida mas célebres han sido del sexo femenino. La leona, si bien ménos majestuosa que su real consorte, no por eso deja de ser tan temible como este al cazador; y la perra demuestra ser tan incansable en la caza como el perro mas fuerte de la jauría. En vista, pues, de todos esos hechos, se puede deducir lógicamente,

que la hembra humana, bien desarrollada y colocada al abrigo de las causas que tienden á comprometer su bienestar físico, no sería muy inferior al varon. Desde luego afirmo y sostengo que las costumbres de la civilizacion han disminuido la fortaleza de la mujer para sufrir las penas de la vida y resistir las enfermedades. Haré por indicar cuáles son aquellas costumbres é influencias. Por de contado, no quiero afirmar que no se conocen las enfermedades uterinas entre las mujeres incivilizadas, pues he visto con harta frecuencia, entre las esclavas que ántes habia en este país, casos de prolapso, retroversion, degeneracion granulosa, y otras dolencias análogas. Eran estas raras, sin embargo, y no *comunísimas*, como lo son entre nuestras mujeres blancas; y aun cuando se presentaban en las primeras, no dejaban tan hondas huellas en la constitucion de las mujeres que las padecian.

Entre las influencias, hijas de la civilizacion y de la cultura, que en mas alto grado tienden á originar lesiones uterinas, pueden citarse las siguientes:

El descuido de hacer ejercicio al aire libre.
Desarrollo escesivo del sistema nervioso.
Vicios en el modo de vestir.
Imprudencias durante la época menstrual.
Imprudencias despues del parto.
Prevencion de la concepcion, y provocacion del aborto.
El casarse miéntras se padece alguna lesion uterina.

La privacion de aire y de ejercicio se presenta en primera línea entre las causas predisponentes, atendida la seguridad con que deteriora la sangre y debilita los sistemas muscular y nervioso.

No cabe duda de que las americanas hacen ménos ejercicio que las mujeres de Europa. El pasear—tanto á pié como á caballo, remar, jugar á los bolos, etc., tan comunes allí, apénas se acostumbran aquí. En nuestras populosas ciudades viven amuralladas centenares de señoras que durante semanas enteras no andan una milla diaria; y muchísimas mas que en su vida se han entregado á ningun ejercicio en que fuesen menester mas esfuerzos musculares que los que se ejecutan en la locomocion ménos violenta. Débese esto en parte á que la moda no sanciona que la mujer entre nosotros tome parte en los ejercicios que requieran esfuerzos musculares; en parte tambien al fatuo empeño de lograr un aire de fragilidad y delicadeza de formas y colores; pero mas que á nada, al vicioso modo de vestir, merced al cual la mujer no puede sin peligro quedarse á cielo raso, sino cuando hace buen tiempo. Léjos de inspirar á nuestras jóvenes la aficion á los ejercicios campestres propios para desarrollar sus fuerzas musculares, se las cria en la creencia de que semejantes pasatiempos son indecorosos y de ninguna manera para ellas. Las horas que deberian consagrar al recreo, las emplean en lecturas, música, dibujo ú otras ocupaciones análogas; y

si alguna se pasea por espacio de una hora todos los dias, esto se celebra como un hecho grande y digno de los mayores elogios. Tan deplorable sistema de educacion se nota particularmente en nuestros grandes colegios para niñas, ó escuelas particulares de internas, donde va señalado segun reglamento un trabajo especial para cada hora del dia, y donde la mente gira de continuo en la mas cruel sujecion y se irrita bajo la abrumadora influencia de una eterna vigilancia. A una alegre bandada de niñas de escuela juguetonas, tan provechoso fuera reir por reglas como gustoso y saludable el ejercicio hecho bajo la vigilancia de un profesor de gimnástica. De poco provecho sería el mero esfuerzo corporal, si no lo acompañasen el descanso mental, el regocijo y el abandono mas completos. Al preso que, durante ocho horas, pena pisando los peldaños de una rueda de disciplina, no le aprovecha del mismo modo su ejercicio que, al que esté libre y alegre, una hora de ejercicio á caballo ó bogando.

Desarrollo escesivo del sistema nervioso.—Hase reconocido en todos tiempos la necesidad de mantener en equilibrio el desarrollo y la fuerza de los sistemas muscular y nervioso, diciéndose proverbialmente que *mens sana in corpore sano* son elementos imprescindibles de la salud. Por desgracia, el espíritu inquieto, enérgico y ambicioso que anima al pueblo de los Estados Unidos, ha introducido un plan de educacion cuya severidad determina una gran desproporcion entre aquellos sistemas, notándose particularmente sus efectos en el sexo femenino, en el cual la tendencia á aquella desproporcion es mas marcada que en el sexo masculino. A las niñas de tierna edad se les exige una aplicacion demasiado continua, tareas demasiado difíciles, y esfuerzos de la imaginacion y de la memoria demasiado prolongados y demasiado penosos. Como resultado se obtienen el rápido desarrollo del cerebro y sistema nervioso, un talento precoz, un gusto refinado y culto, y una vivacidad fascinadora, por una parte ; y por otra una impresionabilidad exagerada, gran debilidad del sistema muscular, y una marcada predisposicion á enfermedades de los órganos genitales.

Ningun médico práctico americano negará la verdad de lo que acabo de afirmar de las ventajas que se logran y de los sacrificios que cuestan. Pero lo mas sensible no es que exista semejante estado de cosas ; incomparablemente mas deplorable es ver que las madres, á sabiendas y con la mayor sangre fria, consientan en que continúe.

En una mujer desarrollada de este modo, la hiperemia fisiológica de los órganos pelvianos que acompaña á la ovulacion, causa dolores que han recibido el nombre de "dismenorrea neurálgica ;" la ovulacion se vuelve irregular y anormal, predisponiendo al desarrollo de la ovaritis sub-aguda ; la hipertrofia normal del útero, resultado inmediato de la preñez, se disipa lenta é imperfectamente, dejando á menudo una sub-involucion ; al paso que, debilitados los músculos sostenedores del

ponderoso órgano, permiten que este se desvíe de la posicion normal, resultando una flexion ó version.

Vicios en el modo de vestir.—El traje de las mujeres de nuestra época será muy gracioso y elegante, y poseerá, si se quiere, la gran ventaja de desarrollar los encantos del cuerpo, ocultando sus defectos; pero lo cierto es, que favorece tambien el desenvolvimiento de las enfermedades uterinas, de las que viene á ser causa predisponente, á la vez que escitante. Para que la respiracion se efectúe debidamente, es necesario dar al pecho libertad completa de accion, particularmente en la base del tórax frente á la insercion del diafragma. Estrechando esta parte del cuerpo, se produce precisamente el mismo efecto que el obtenido por el cirujano que, en la reduccion de una costilla fracturada, venda el pecho, á fin de disminuir en lo mas posible la respiracion torácica, aumentando la abdominal.

Aprisionado así el diafragma, sin poder extenderse en sentido lateral, se contrae, haciendo que los intestinos insistan sobre el útero movible y lo depriman hasta el fondo de la pélvis ó lo coloquen trasversalmente. A la violencia que se ejerce de esta manera, se añade un peso de cinco ó seis libras, ceñido á la cintura estrechada y sostenido por las caderas y las paredes abdominales, sobresalientes por motivo de la compresion indicada. Hállase, pues, expuesto el útero, durante catorce horas diarias, á esa presion, á la cual viene de tiempo en tiempo á agregarse la de un estómago distendido.

Al estimar los efectos de la presion directa sobre la posicion del útero, se debe siempre tener presente su extremada movilidad; como lo prueba suficientemente la necesidad de desceñir la cintura ántes de intentar el exámen de aquel órgano con el spéculum de Sims; sin lo cual el cuello se halla hundido de tal modo en el hueco del sacro, que suele ser difícil descubrirlo con el instrumento. Cuando se está mirando el útero con el spéculum, se nota en el órgano un movimiento de abajo hácia arriba correspondiente á las espiraciones, y otro de arriba hácia abajo correspondiente á las inspiraciones; y los repentinos cambios de posicion que se verifican así son tan manifiestos y constantes que en las operaciones quirúrgicas del conducto vaginal, indican con toda exactitud las modificaciones determinadas en la respiracion por el anestésico que se emplea. ¿Cómo será, pues, posible que un órgano, que tan perceptiblemente cambia de posicion bajo la influencia de causas tan leves, pueda someterse sin daño á una constriccion que basta á veces para dejar impresas en el hígado las huellas de las costillas, segun se revela en la autopsia?

Oportuno me parece consignar aquí el siguiente ejemplo, sin temor de que sean tachados de imaginarios sus detalles, bastando un momento de reflexion para confirmar su realidad. Una señora, acostumbrada á vestir de la manera que dejámos indicada, prepárase para un baile,

agravando todos los malos efectos que resultan de la presion. Aunque esté con las reglas, baila hasta una hora muy avanzada de la noche, ó por mejor decir de la madrugada ; cena luego copiosamente ; sale al aire frio ó al sereno, y en carruaje vuelve á su casa situada tal vez á una gran distancia. Repítese esto frecuentemente durante cada temporada, hasta la venida de una temprana vejez ó de una enfermedad que lo imposibiliten.

Espónense asimismo á grandes peligros las mujeres que no se abrigan suficientemente los miembros inferiores. Está arropado el cuerpo ; pero por debajo de las sayas se introducen corrientes de aire frio, y de la tierra mojada se eleva un vapor húmedo hasta las piernas resguardadas de la intemperie únicamente por una delgadísima tela. No debe causar estrañeza la frecuencia de los accidentes en las mujeres que se esponen así en la época de las reglas.

El cóito en la mujer cuyos órganos se encuentran en estado normal, es un acto fisiológico que carece de resultados patológicos ; pero en aquella que tiene dislocado el útero por antiguas y sistemáticas imprudencias, viene á ser causa positiva y absoluta de enfermedades. El eje del útero y el de la vagina no son paralelos, puesto que el del primero coincide con el eje del estrecho superior, y el otro, con el del estrecho inferior, cuya disposicion permite que el miembro viril pueda pasar por debajo del cuello, sin lastimarlo, y penetrar en el fondo de saco vaginal posterior. Pero si, por medio de los vestidos actualmente á la moda, se hace descender el útero, aunque sea una pulgada, queda completamente destruida la relacion natural de las partes entre sí : y determinada una lesion en el cuello mismo, se va trasformando insensiblemente un acto fisiológico en otro que produce resultados patológicos. Cuán á menudo vemos sobrevenir lesiones uterinas en las recien-casadas, sin que estas hayan abusado del cóito. El hecho es que dichas enfermedades, mas que de los escesos, son hijas del trastorno de la relacion natural de los órganos genitales entre sí, aun en las mujeres que con ménos moderacion se entregan á los placeres venéreos.

Mas no es el cóito la única causa de lesiones del útero dislocado ó de sus anexos. La dislocacion trastorna la circulacion del órgano, dando lugar á una congestion pasiva, que trae consigo la hipertrofia ; estrecha el hocico de tenca contra la vagina, haciendo difícil la salida del flujo menstrual ; determina la flexion ; causa el rozamiento del cuello contra el suelo de la pélvis ; y, finalmente, somete los ligamentos uterinos á una tension violenta que acaba por destruir su fuerza y elasticidad.

Estos hechos deben tenerse muy presentes por el médico que trate de corregir por medio de pesarios una desviacion uterina. Pues, si se contentare con la simple reduccion del órgano, confiando en que el pesario lo mantenga despues en su lugar, pocas veces logrará su objeto, limitándose sus esfuerzos á oponer sin éxito una palanca corta al peso,

no solamente del útero, sino de las otras vísceras sobrepuestas, impelidas hácia abajo por algunas libras de vestido, que añaden su propio peso, estrechando al mismo tiempo la cintura y sustituyendo la respiracion torácica con la abdominal. Empleado el pesario bajo estas circunstancias, causa con frecuencia mucho dolor, lastimando de tal modo las partes sobre que descansa, que es necesario retirarlo, viéndose el médico privado de uno de sus recursos mas eficaces. Pero si el facultativo, ántes de emplear el pesario, suprime toda la constriccion y el peso en las paredes abdominales, y aplica sobre el hipogastrio un vendaje abdominal bien ajustado que sirva de apoyo á los músculos abdominales relajados ; y si mantiene el útero dislocado y congestionado fuera de la cavidad pelviana, ya por medio de un tapon de algodon empapado en alguna sustancia medicamentosa, ó bien por medio de la gravitacion colocando á la enferma convenientemente, podrá, por lo regular al cabo de una semana, recurrir ya con ventaja al pesario, cuyo uso al principio prometia resultados tan poco halagüeños.

Imprudencias durante la época menstrual.—Son la causa de numerosos males. Algunas mujeres, por ignorancia, muchas por temeridad, y no pocas por necesidad, se esponen mal abrigadas á la intemperie durante la época de las reglas ; de cuyas resultas padecen á menudo una violenta dismenorrea congestiva ó una endometritis. Todo médico observará cierto número de casos que empiezan de este modo y continúan durante algunos años, acabando tal vez por degenerar en una enfermedad incurable del parénquima.

Cuando el útero y los ovarios se hallan notablemente ingurgitados, y el óvulo se abre paso al traves de la superficie del ovario, y cuando el sistema nervioso se encuentra en un estado anormal de escitacion, la simple prudencia debe indicar la necesidad de abrigar bien el cuerpo, de dejar que los órganos congestionados descansen y de evitar cuidadosamente el contacto del frio y de la humedad. Pero escusado es decir que estas reglas quedan comunmente desatendidas, y en prueba de ello, me atrevo á afirmar, que hoy mismo, marcando el termómetro 15° F. sobre cero, se hallarán en los lagos de nuestros parques multitud de elegantes y delicadas patinadoras, demostrando con su presencia allí el poco caso que hacen de las leyes de la higiene.

La esposicion á la intemperie, durante la época de las reglas, tiene generalmente por resultado inmediato una flegmasía de la membrana mucosa del útero, que una vez desarrollada, suele continuar durante algunos años, y degenerar por último en una enfermedad del parénquima, produciendo durante su curso, la dismenorrea, la esterilidad, dolores en la pélvis, y desórdenes gástricos que alteran la digestion y la nutricion.

Imprudencias despues del parto.—Apénas se fija sobre la super-

ficie uterina el óvulo fecundado, se inicia una actividad sorprendente en las células del tejido del parénquima uterino, las que crecen con gran rapidez, aumentando el volúmen del órgano á medida que lo requiera el crecimiento progresivo de su contenido. Despues de la espulsion del feto, bien sea á término ó en cualquiera otra época del embarazo, las fibras desarrolladas de este modo sufren una degeneracion grasosa y una absorcion que han recibido el nombre de involucion. Este cambio, que se efectúa con mucha rapidez despues del aborto, necesita seis semanas para completarse, despues del parto á término, y para que se verifique con la rapidez y seguridad normales, es indispensable el mas completo reposo, esponiéndose á sufrir las consecuencias de su imprudencia la mujer que se levante demasiado pronto, y vuelva á sus quehaceres ántes que hayan desaparecido los loquios. Además de esto, tiene el útero entónces un peso exagerado, siendo mayor el peligro de producir su dislocacion. Por último, la membrana mucosa que tapiza la cavidad del útero se halla en un estado anormal por algun tiempo despues del parto, y está especialmente predispuesta á alterarse, al contacto del frio ó de la humedad. A esta teoría puede oponerse una objecion muy válida, á saber : que las mujeres de las clases bajas, se levantan á los nueve dias despues del parto, y, atienden á sus faenas domésticas, sin que de esto les provenga ningun mal, y, sin embargo, gozan de una inmunidad notable para las afecciones uterinas. Pero, aunque esto es verdad, debe advertirse que dichas mujeres no están sometidas á las influencias ya mencionadas que debilitan y desarreglan los órganos de la generacion.

Otra influencia á que están mas espuestas despues del parto las mujeres de la alta sociedad, es la costumbre perniciosa de usar vendajes apretados. Por dos ó tres semanas despues del parto, la enfermera aplica comunmente dos toallas plegadas sobre el útero hipertrofiado, y por medio de una fuerte compresion con una ancha venda, empuja el útero hácia atrás hasta la cavidad del sacro. Esto se hace con objeto de conservar la esbeltez del talle, y la buena reputacion de la enfermera depende mucho de la perfeccion con que desarrolle una influencia nociva, dislocando el útero engrosado de una mujer, que durante dos semanas se mantiene acostada de espaldas. No pretendo negar que un vendaje cuidadosamente aplicado, despues del parto, y ajustado lo suficiente para dar apoyo al abdómen, es útil y agradable para la paciente, y de este modo yo lo uso siempre. Pero estoy seguro de que existe mucha supersticion respecto á su eficacia para conservar la hermosura del cuerpo y para impedir la hemorragia. La contraccion del útero debe asegurarse por medios vitales y no mecánicos, pues ningun grado de compresion ejercido por el vendaje ó faja puede volver á su estado normal los distendidos músculos abdominales, la piel, fascia, y tejido areolar. No tan solamente debe proscribirse el vendaje apretado despues del parto, sino debe tambien cambiarse á menudo

el decúbito dorsal por el lateral. Estoy convencido de que las dislocaciones son causas muy frecuentes de la sub-involucion. Miéntras progresa la metamórfosis retrógrada llamada involucion, durante las seis ú ocho semanas despues del parto, el útero, bajo influencias desfavorables, muchas de las cuales son efecto del manejo rutinario de la parturiente, se desvía de su posicion. Esto impide la circulacion de la sangre venosa en los tejidos uterinos ; suspende el proceso de la involucion, y la paciente, viéndose obligada algunos meses ó años despues á consultar á un facultativo, comprende por primera vez, que ha padecido y padece una metritis crónica, con desviacion del órgano como resultado ó complicacion.

¿ Qué práctico no oye con frecuencia decir, que tal ó cual señora ha quedado con lesiones incurables, "porque la fajaron mal en su parto anterior," y acusar con severidad, ya al médico, ya á la partera, ya en fin á uno y otra, de tan culpable negligencia? Harto á menudo se oyen en silencio semejantes cargos, dejando que la mujer siga en la creencia de que es víctima de un descuido. Es el deber de todo facultativo hacer siempre presente á las personas que se hallan bajo su direccion la futilidad de una confianza exagerada en la faja obstétrica ; ó, si en conciencia no puede hacerlo así, no es ménos su deber preguntarse á sí mismo, si de veras dicha faja merece toda la confianza que le inspira.

Prevencion de la concepcion y provocacion del aborto.—Ciertos medios empleados para la consecucion del primero de estos fines, suelen determinar lesiones uterinas ; lo cual nada ofrece de admirable, si se tiene en cuenta la violencia de algunos de dichos medios. A la obra de la naturaleza, no ménos en este que en los demas procesos fisiológicos, presiden una perfeccion y una exactitud y delicadeza de combinacion, muy esquisitas para que no la menoscaben notablemente los medios, groseros cuanto inadecuados, de que se echa mano para frustrar sus fines.

Va generalizándose, como bien lo sabe todo médico, aquella costumbre, de tal manera que, en aquellas regiones de este país que primero se poblaron (y en que, por desgracia se debe confesar, reinan en mas alto grado la civilizacion y la cultura), es cosa nada comun encontrar familias que cuenten muchos niños.

Nada tiene de agradable, por cierto, este asunto, y puede ser que á muchos de mis compatriotas no les parezcan lisonjeros los hechos que vengo señalando ; pero la cuestion va tomando proporciones que no podrán dejar de ejercer algun dia influencia sobre la poblacion de nuestro país, y por tanto es inútil tratar de desconocerla. Cada vez que se trata de suprimir un mal, es preciso reconocer primero su existencia, dejando su supresion á cargo de los hombres mas propios para reconocerlo. Pues bien, ¿ qué hombres pueden luchar mas ventajosa ó eficazmente que los médicos con el mal que nos ocupa?

Que este mal ha llegado á preocupar tambien á personas fuera de nuestra profesion, lo prueba el haberlo condenado, en una epístola pastoral, que dirigió poco há á sus diocesanos, un obispo anglicano del Estado de Nueva York.

Hechas estas breves observaciones acerca de un asunto tan poco risueño, pasaremos á examinar otro, de tan vital interés que no puede en conciencia silenciarse. No se publican, ni publicarán, datos estadísticos de los casos de aborto provocado criminalmente, cuyo delito se arrastra á escondidas, sin ser visto por la sociedad, y por alguna razon inexplicable, sin ser molestado notablemente por las autoridades judiciales. Parece increible que al paso que se castiga severamente al que quita la vida al prójimo, se deje impune al que asesina á la inocente criatura en el vientre de su madre, y, sin embargo, puede decirse que casi siempre sucede así.

Permítaseme evocar algunos hechos al apoyo de este aserto, añadiendo que el mencionado crímen se repite con una frecuencia espantosa. A la vista tengo en este momento uno de los periódicos mejor redactados y mas populares de esta metrópoli, que penetra hasta la mejor sociedad y anda en manos de madres y doncellas en todas partes del país, y cuyas columnas ostentan avisos que se sabe son de abortistas de profesion—hombres y mujeres, cuya especialidad es el infanticidio. Puede ser que, tanto los redactores, que nos merecen el concepto de honrados, como la policía, ignoren completamente estas verdades; pero ¿cómo suponerlo, cuando en la mayoría de aquellos avisos sus autores ponderan la ventaja de tener aposentos á la disposicion de las interesadas, de bastar una sola consulta, y de no recurrirse á medio alguno que comprometa la vida ó la salud? En la última sesion de la *American Medical Association* habida en esta ciudad, se ofreció un premio[1] por un "tratado breve y completo para uso de las mujeres, y destinado á hacerles conocer el carácter criminal del aborto provocado y los males que este determina."

Pero por mas que desee ver la supresion del mal á que me refiero, no es el espíritu reformista el que ha dictado las observaciones que preceden: lo que me propongo no es alzar la voz contra un crímen nacional, y sí solo dar consistencia á mi aserto de que, es tan frecuente ese crímen entre todas las clases de la sociedad—pues no se halla limitado esclusivamente á ninguna—que constituye una causa fecunda de lesiones uterinas.

El casarse miéntras se padece alguna lesion uterina.—Es costumbre bastante comun de los médicos en general, el recomendar el matrimonio como medio curativo de las afecciones de la matriz. Si bien es verdad que los estados normales susceptibles de disiparse por la gesta-

[1] Este premio fué adjudicado al Prof. H. R. Storer, de Boston, por su notable ensayo, titulado "Why not?"—*¿Por qué no?*

cion, son suficientemente numerosos para justificar hasta cierto punto aquella recomendacion, no por ello deja esta de tener á veces resultados muy graves. Entre las lesiones que la parturicion puede aliviar figuran: la estrechez del cuello, que da lugar á la dismenorrea ; la endometritis simple, sea del útero ó bien del cuello ; y el estado inactivo de los ovarios, que determina la amenorrea ; pero la alteracion parenquimatosa, la flegmasía del tejido celular peri-uterino, ó la pelvi-peritonitis, suelen causar accidentes graves despues del parto, y se exasperan generalmente de nuevo despues de terminada la involucion. Sucede con demasiada frecuencia que el referido consejo se da de un modo empírico, y, como todo lo empírico, puede no surtir el deseado efecto. En cuanto á mí, fundado en la esperiencia, temo siempre que las referidas afecciones se reproduzcan despues del parto, aun en personas que me hayan parecido curadas al tiempo de casarse.

Algunos autores, animados de un esceso de celo, han hecho mucho mal y debilitado buenos argumentos, insistiendo porfiadamente en ciertas causas aisladas de lesiones en la mujer. ¡ Cuántos tomos no se han escrito sobre el hábito del corsé apretado, por ejemplo, y con tanta vehemencia que la lectora, si no se detuviese á reflexionar, podría suponer que los males todos que afligen al sexo femenino reconocen por causa aquel abuso ! Pero ¡ cuán infundada le parecería semejante suposicion, si viese por ventura, en *Pilgrim Hall*, en la ciudad de Plymouth (Estado de Connecticut), donde hoy se conserva, la rígida cotilla que en tiempos pasados oprimió el robusto talle de Alicia Bradford ! No escasean ejemplos análogos que aducir, en cuanto á todos los demas abusos que he señalado, si han de mirarse estos como causas aisladas de enfermedades.

La india y la negra pueden impunemente andar medio desnudas durante la época de los menstruos, llevar de sol á sol pesadas cargas, ponerse á trabajar [1] ó emprender largos viajes á pié, al dia siguiente ó á los dos dias del parto; miéntras que á la mujer civilizada, cualquiera de esas imprudencias podría ocasionarle una enfermedad. Lo que acaba de formar la lesion, es, ó la combinacion de varias influencias morbíficas, ó la accion de una sola causa sobre una constitucion debilitada ya por otras causas.

Si las mujeres civilizadas mantuviesen bien abrigados con tejidos de lana los piés, las piernas y el abdómen ; si comprendiesen la necesidad de la prudencia durante la época menstrual y la que sigue inmediatamente al parto ; si, suprimiendo toda presion del útero, permitiesen á este ocupar su posicion natural en la pélvis ; en fin, si, con ayuda de ejercicios saludables, aire puro y un régimen abundante y sano, mantu-

[1] No es mi propósito resucitar aquí la teoría, mucho há refutada, de que las mujeres incivilizadas no padecian enfermedades del útero : mi único deseo es consignar un hecho que, fundado en mis observaciones, tengo por no dudoso, cual es que son pocos los casos entre aquellas, comparativamente con las mujeres cultas y refinadas.

vieran en su estado normal los sistemas sanguíneo y nervioso, serían, sin duda alguna, mucho, muchísimo ménos numerosas las afecciones uterinas y otras de la misma categoría que reclamasen la atencion de los médicos. Es probable que en una sola generacion todas las reformas que acabo de enumerar diesen algun resultado ; mas fueran menester muchas generaciones de reformistas para volver á colocar á la mujer en la esfera física que le es propia.

En esta, no ménos que en otras cosas, para que sea posible alcanzar mejora, es preciso que aquellas á quienes mas les interesa comprendan la importancia del cambio y cultiven el deseo de lograrlo : en lo que toca á la escelencia física, hay en la mujer culta de hoy falta de aprecio y falta de deseo. Nuestras jóvenes se dejan dominar demasiado del anhelo de ser delicadas, frágiles é incapaces de soportar fatigas. Las horrorizan sobre todo la rubicundez y hermosura, hijas de un sistema nervioso bien desarrollado, y las lindas formas que hallan su mas alta espresion en las Vénus de Médicis y de Milo. Todas estas dotes se tienen por groseras é impropias de una señora ; escitando en mayor grado la envidia aquella cuya tez lleve el sello de la enfermedad, cuya atrofia muscular destruya la sospecha de gordura, y que tenga bastante fino el talle para poderlo casi abarcar con las manos. En consecuencia de esto, no es cosa rara ver á algunas de nuestras matronas mirar con espanto el embarazo, como cosa absolutamente anormal y destructora ; rendidas de cansancio de resultas de una corta caminata, ó por haberse ocupado en sus quehaceres domésticos ; y privadas del alto privilegio maternal de amamantar á sus hijos. Tales son las mujeres que ocupan al ginecólogo, y llenan nuestras casas de enfermas y achacosas.

CAPÍTULO III.

DIAGNÓSTICO DE LAS AFECCIONES DE LOS ÓRGANOS GENITALES DE LA MUJER.

El diagnóstico de las enfermedades de las vísceras pelvianas de la mujer presenta muchos puntos oscuros, que suelen burlarse de las tentativas de hombres los mas capaces. Y si, á pesar de la mayor prudencia y la mas consumada habilidad práctica, no hay quien no cometa de vez en cuando errores de diagnóstico, ¡ cuánto mas frecuentes y evidentes deben ser estos en ausencia de tales circunstancias ! Sólo por medio del conocimiento profundo del asunto en que nos hemos de ocupar, se puede precaver la repeticion de semejantes errores y asegurar el acierto en lo tocante al pronóstico y el tratamiento.

Harto á menudo los hombres que se dedican con especialidad al estudio de la ginecología, ven á otros ménos versados en esta cometer errores de diagnóstico, ó con mas frecuencia todavía, los ven en la imposibilidad de formar diagnóstico alguno, en casos sumamente simples que ninguna oscuridad ofrecen. Un hecho bastante notable es, que casi todos los errores de esta categoría que yo he observado en la práctica de médicos inteligentes, reconocian una misma causa. En efecto, mas que de deducciones erróneas, hechas con arreglo á los informes suministrados por los medios de diagnóstico empleados, el desacierto provenía de no haberse aplicado dichos medios con toda la eficacia que era de desear, segun los distintos casos. En muchas ocasiones, el facultativo, sospechando la existencia de una enfermedad uterina, practica primero el tacto vaginal, y recurre luego al spéculum. Si hay lesion del orificio y del cuello, forma un diagnóstico acertado ; en el caso contrario, se desalienta, olvidando que el tacto rectal, la sonda uterina, la dilatacion por medio de esponjas preparadas, la palpacion y el tacto combinados, y otros medios, deben emplearse, y que, sin la ayuda de dichos medios, serían futiles los esfuerzos del diagnosticador mas hábil. Todo médico tiene á su alcance medios de esploracion para todos los tejidos de la

cavidad pelviana—útero, ovarios, tejido areolar, etc.; y si no los emplea de una manera cuidadosa, sistemática y eficaz, no puede decir que ha sacado todo el partido posible de su habilidad para el diagnóstico, ni aprovechado todas las facilidades que tiene á su disposicion para el logro del deseado objeto. Solo á la cabecera de las enfermas pueden conquistarse las cualidades que aseguran el acierto en el diagnóstico; siendo de advertir, que es necesario el perfecto conocimiento teórico de los medios de investigacion que allí se ponen en práctica, á fin de que sean provechosas las lecciones. Conocidos ya esos medios, convendrá que, en los casos difíciles, los vaya desarrollando sucesivamente el principiante, hasta que, ó haya conseguido formar un diagnóstico, ó se haya convencido de su insuficiencia para formarlo, á pesar de haberse valido de cuantos recursos tiene á su disposicion.

Para mejor inteligencia de esto, supongamos un caso. Un médico inesperto descubre, por el tacto vaginal, que la vagina se halla obstruida por un tumor grande. Si, limitándose á este primer exámen, sin recurrir á otros medios de esploracion, cree que se trata de un pólipo fibroso, fácil es que cometa un error grave; pues el ginecólogo mas hábil no podría, por medio de solo el tacto, comprobar el caso de un modo seguro. De todos los medios de esploracion de que dispone el práctico hábil, ninguno hay que no esté igualmente á la disposicion del inesperto; y si el primero no puede prescindir de la ayuda de dichos medios, ¡cuánto no debe serle mas necesaria todavía al segundo! Pregúntese, pues, este último, por convencido que esté de que se trata de un pólipo fibroso: ¿á qué otra lesion podrían corresponder los caractéres que está observando? Al punto dará con la respuesta: podrían corresponder á un prolapso del útero ó á una inversion de este órgano. Importa que el médico sepa cuál de estas dos lesiones sea,—cuya averiguacion suele ofrecer poca dificultad.

Haciendo descender el tumor, lo examina con la vista y el tacto, y busca el orificio esterno, con objeto de introducir la sonda: pero no encuentra orificio alguno, y lo que es mas, advierte que el tumor es mucho mas voluminoso en la parte inferior que en la superior. Luego, no hay prolapso, y el observador, por consiguiente, se atiene á su primer diagnóstico del pólipo. Pero, si es verdaderamente un pólipo, debe hallarse la matriz mas arriba de él: procede el examinador á buscarla, por medio de la palpacion y el tacto combinados. ¡Con cuánta sorpresa ve que es imposible dar con ella! Tentado está de atribuir esta última circunstancia á su poca esperiencia, y prosigue el exámen, haciendo por introducir la sonda en la cavidad uterina, dirigiéndola á lo largo del pedículo del tumor. Pero otra sorpresa le aguarda, pues la sonda se detiene en el cuello del tumor, y al pasar el dedo alrededor de este, lo encuentra cercado completamente por un canalillo circular situado como á una pulgada mas arriba de los labios del dilatado *os tincæ*. Ahora parece ser el caso una inversion; pero no hay seguridad de esto, pues á veces

una inflamacion adherente une las paredes del cuello del útero al pedículo de un pólipo. ¿Existe medio alguno para decidir positivamente la cuestion? Haciendo uso de la palpacion y el tacto combinados, el operador cree encontrar una abertura ó círculo en la pared abdominal del tumor, y poco á poco llega á introducir en ella los dedos, reconociendo positivamente su existencia. En seguida corta una lámina fina de la membrana mucosa que cubre la superficie vaginal del tumor, la examina con el microscopio, y descubre que se halla escasamente cubierta de epitelio cilíndrico, en vez del epitelio escamoso característico de la superficie de los pólipos.

Reclinando en seguida de espaldas á la enferma, introduce un dedo en el recto y una sonda en la vejiga, aproximándolos por encima del tumor; y la ausencia total del útero le hace diagnosticar una inversion de la matriz. Tal es su diagnóstico; es decir, la deduccion obtenida atenta y filosóficamente de las circunstancias que se ofrecen á su observacion, por los mejores métodos que se conocen. Haciendo uso de todos estos métodos, logrará siempre el mejor éxito. Pero puede objetarse que él no posee un conocimiento tan íntimo de ellos, como otros mas esperimentados. Concedo que no lo tenga práctico, pero sí puede tenerlo teóricamente, pues en todos sus libros sobre ginecología hallará amplias esplicaciones sobre ellos. Lo que se requiere, no es que tenga esperiencia, ni saber, sino que sus esfuerzos sean sinceros y enérgicos para averiguar la verdad, con el simple uso de los medios que la ciencia ha puesto á su disposicion.

Estas observaciones se aplican con igual fuerza á cualquier afeccion que requiera el diagnóstico. Como regla invariable, debe el médico preguntarse constantemente á sí mismo, despues de sospechar la naturaleza de una enfermedad, ¿qué otra condicion podría presentar las mismas apariencias físicas? Hecha esta consideracion, proceda á usar todos los medios para establecer el diagnóstico diferencial, y si, á pesar de todo, ocurriese un error perjudicial á los intereses confiados á su cuidado, por lo ménos encontrará consuelo el diagnosticador en la reflexion de haber hecho todo lo posible para evitarlo, y de no haber caido en el error por descuido, indolencia, ó impericia.

Conviene no olvidar, con todo, que suelen presentarse casos imposibles de diagnosticar, aun por el ginecólogo mas prudente y mas concienzudo, por hábil y esperimentado que sea. Citaremos, por ejemplo, el caso de una mujer[1] de 62 años de edad, que tenía un tumor abdominal móvil, el cual fué examinado por varios facultativos. Murió la enferma repentinamente y la autopsia reveló una preñez extra-uterina: un feto de 4½ libras se hallaba suelto en la cavidad del peritóneo. Otro[2]: Se descubre un tumor en la pélvis de una mujer; muere esta

[1] New York Medical Record, Febrero 1, 1852, pág. 539.

[2] Braithwaite's Retrospect, parte 37ª.

de otra enfermedad y la autopsia demuestra que el tumor era un riñon dislocado. Pero estos casos son muy raros, y por lo general obtendrá buen éxito el diagnosticador celoso é inteligente.

Signos Racionales.

Al examinar á una enferma en quien se sospecha una lesion uterina, el médico debe animarla hábilmente á referir ella misma la historia de su enfermedad; y aun puede dirigir la relacion segun sea necesario; pero evitando cuidadosamente toda pregunta directa. Ciertos signos, (que llamamos *racionales*, por cuanto hablan á nuestra razon y no á nuestros sentidos,) como los dolores de cabeza, de los lomos, y de los miembros inferiores; la leucorrea; todo cuanto impide la locomocion; las perturbaciones del flujo menstrual ó de las funciones digestivas, y las manifestaciones nerviosas, hacen recaer las sospechas en los órganos genitales, y aun pueden producir la conviccion de que en estos tiene la enfermedad su asiento. Muchas veces, sin embargo, sirven para indicar la oportunidad de otros medios de diagnóstico llamados *físicos.*

La esperiencia enseñará á todo médico la utilidad de adoptar, para el exámen de sus enfermas, el sistema á la vez mas fácil y que presente mayor número de probabilidades de acierto en el diagnóstico. Hé aquí el sistema que, en mi concepto, reune en mas alto grado ámbas condiciones:—Informarse,

1°. De los antecedentes (historia personal), edad, etc., de la enferma.

2°. De la duracion de la enfermedad.

3°. De la historia de esta última, desde su invasion hasta la fecha.

4°. Del estado actual de la paciente.

Para obtener los datos que preceden, no se ha hecho pregunta ninguna especial, desprendiéndose aquellos tan solamente de la relacion de la misma enferma. Mas, como su relacion me hace sospechar alguna lesion especial, prosigo de esta manera:

5°. Averiguar, por medio de preguntas directas, si es fundada la sospecha á que ha dado lugar la relacion de la enferma.

6°. Averiguar, con ayuda de medios físicos, la exactitud del diagnóstico formado segun los informes suministrados por los medios racionales.

El uso de impresos en blanco, en la forma siguiente, ofrece no solo la ventaja de una gran economía de tiempo y de trabajo, sino tambien la de la uniformidad de las historias; siendo, además, fácil su conservacion en los archivos del médico, y cómoda su confrontacion con referencia á cualquiera particularidad:

Caso, No. .... Fecha ....

Nombre .... Edad .... Estado ....

Número de hijos .... Número de abortos .... Tiempo trascurrido desde la última preñez .... Edad á la primera menstruacion .... Duracion de la enfermedad actual .... Síntomas durante su curso ....

....

....

....

....

Causa supuesta ....

Condicion actual respecto á

la Menstruacion, { Regularidad .... / Cantidad .... / Dolor ....

la Leucorrea, { Carácter .... / Cantidad .... / Constancia ....

los Dolores, { Localidad .... / Grado ....

Locomocion ....

Otros síntomas ....

Signos físicos, { Por el tacto .... / Por el spéculum .... / Por la sonda ....

Diagnóstico ....

Tratamiento ....

El lector observará que no he enumerado los varios signos racionales que suelen acompañar á las afecciones uterinas, sino simplemente los métodos para adquirir su conocimiento. Los mencionaré detalladamente al tratar de las afecciones especiales. Si los datos obtenidos dejaren sospechas de alguna de las vísceras pelvianas, aquellas quedarán confirmadas ó desvanecidas por otros medios que son mas positivos y mas seguros, por cuanto se dirigen á nuestros sentidos.

Como se ve por la muestra que precede, el impreso de que yo me sirvo constantemente es de poca estension, y poco numerosas sus subdivisiones; las cuales, sin embargo, comprenden los datos mas importan-

tes de cada caso, que son los únicos que deseo conservar. Me inclino á creer, que el poco uso que tienen las formas de esta clase, es debido á las grandes dimensiones que suelen tener y la impertinente prolijidad de pormenores que sus múltiples subdivisiones parecen exigir.

Disposicion de la Enferma durante el Exámen Físico.—Antes de tratar de los signos físicos, consignaré algunas observaciones acerca de un asunto importantísimo, cual es la disposicion de la enferma durante el exámen. Como dice el Dr. Sims, á ménos que sea imposible evitarlo, jamas debe verificarse el exámen estando la paciente en la cama ó sobre un sofá, cuya blandura favorece el hundimiento de una parte del cuerpo de aquella, sino sobre una mesa, cubierta de una frazada ó un chal, y provista de una almohada pequeña. Toda la molestia acarreada por este cambio queda mas que compensada por la gran facilidad con que permite verificar la esploracion. No faltará quien diga, que muchas señoras por pudor se negarán á someterse á semejante disposicion ; y yo digo que con tino se puede vencer tan infundada prevencion, haciéndolas comprender que, por lo tocante á la delicadeza, no hay razon alguna para preferir la cama á la mesa, pues que en esta, no ménos que en aquella, queda completamente cubierta la persona con una sábana. Pero, si es imprescindible la cama, puede suprimirse el inconveniente de la blandura, deslizando por debajo de la enferma una tabla de madera—una hoja de mesa de comedor, por ejemplo, ú otra por el estilo.

Para la primera esploracion, se colocará la enferma en el decúbito dorsal, elevadas las rodillas, relajadas las paredes abdominales, aflojado el vestido en la cintura, y cubierto enteramente el cuerpo con una sábana. Vuelta la mesa con anticipacion hácia una ventana por la cual entre de lleno la luz, se habrá colocado cerca de la mesa una silla para el médico, y otra al lado derecho, sobre la cual habrá una palangana con agua caliente, jabon y una toalla.

Medios físicos para el Diagnóstico.

Los enumeraremos y describiremos en el órden en que se emplean por lo general, cuando el esclarecimiento de un caso requiere el uso de todos ellos :

1. Anestesia.
2. Tacto vaginal.
3. Palpacion y tacto combinados.
4. Palpacion abdominal.
5. Palpacion abdominal y esploracion con la sonda combinadas.
6. Inspeccion.
7. Tacto rectal.
8. Esploracion vesico-rectal.

9. El spéculum.
10. La sonda y la tienta uterina.
11. Los dilatadores.
12. La aguja esploradora.
13. El aspirador.
14. El microscopio.
15. La percusion y la auscultacion.

Anestesia.—Aunque esta solo se emplea cuando existe una indicacion especial, constituye, sin embargo, un medio precioso de diagnóstico que no debe omitirse si la enferma se manifiesta indócil, si está con delirio, ó se sospecha ser solamente fingida la enfermedad; ó bien, si la esploracion causa mucho dolor, ó el espasmo tónico de los músculos se presenta como uno de los elementos de la enfermedad, como sucede en los casos de preñez falsa, ó de tumores fantasmas. Cuando nos vemos obligados á examinar á una mujer vírgen, de organizacion muy sensible, ó que se opone á la esploracion, su empleo es á veces necesario, como el único modo de obtener el diagnóstico.

El Tacto Vaginal, es el primer medio de esploracion que emplea el ginecólogo, y al mismo tiempo uno de los mas importantes que tiene á su disposicion, por el que se descubre mucho ó poco, segun se le practique con cuidado y atencion, ó de prisa y rutinariamente. Para efectuarlo, se usa el dedo índice de una ú otra mano; ó el índice y el del medio, cuando se trata de alcanzar en la pélvis la parte mas elevada que sea posible. Durante este exámen debe reclinarse la enferma invariablemente de espaldas, con las piernas dobladas y las nalgas casi al borde de la mesa. Es muy importante que se mantenga en esta posicion, pues el tacto vaginal debe siempre combinarse con la palpacion del abdómen, llamándose esta combinacion *palpacion bimanual.*

El dedo índice de una mano, con los otros doblados y el pulgar descansando sobre estos, se introduce en la vagina hasta que llegue al cuello del útero, lo que revela desde luego la penetrabilidad del conducto vaginal; y en seguida se examina cuidadosamente el orificio uterino, notando su diámetro, la consistencia de sus labios, y el carácter del flujo. Si se hallan las paredes de este orificio blandujas y tomentosas y cubiertas de una secrecion viscosa, es indicio de la existencia de una inflamacion del orificio y de la cavidad del cuello. En seguida debe averiguarse la posicion, tamaño, y solidez del cuello; logrado lo cual, se desliza el dedo sobre su superficie posterior, observando si existe alguna dureza ó tumefaccion en el tabique recto-uterino. Este estado de las partes, cuando se observe, será probablemente debido ora á la retroflexion, retroversion ó hipertrofia del útero; ora á un tumor fibroso; ora á la presencia de heces fecales en el recto, de productos inflamatorios, resultantes de un flemon peri-uterino, ó una peritonitis;

ora á la caida de un ovario, ó tumor ovárico; ora, en fin, á un hematocele. Pero si no se encuentra tumefaccion alguna, y la línea de resistencia opuesta al dedo desaparece en la union de la vagina con el útero, puede inferirse, casi sin temor de equivocacion, que no existe en dicha parte ninguna de las afecciones mencionadas.

Explorado este espacio, se pasa el dedo á lo largo de la pared anterior de la vagina, hácia arriba y adelante, por la base de la vejiga, en la direccion de la sínfisis pubiana. Cualquiera dureza que allí se descubra será debida probablemente á una anteflexion ó una anteversion del útero, á un pólipo fibroso, á un cálculo vesical, á un aumento de volúmen de la matriz, ó quizás á una flegmasía del tejido celular. Debe averiguarse en seguida el estado de los ovarios, por medio de la presion lateral; y el del tejido areolar de la pélvis y las paredes de esta, á efecto de una presion fuerte en todos sentidos.

En ciertos casos raros y oscuros, como, por ejemplo, en el de un tumor en la vagiña difícil de diagnosticar, se hace necesaria la introduccion de la mano entera en aquel conducto. La esploracion hecha de este modo, y para la cual se suele someter á la enferma á la influencia de un agente anestésico, debe verificarse con mucha precaucion, á fin de no lastimar las partes inmediatas á la vulva. Advertiremos, además, que una mano de dimensiones exageradas y dirigida con poca destreza puede ocasionar la rotura de la vagina.

Resta hablar de otro procedimiento por cuyo medio se facilita notablemente el tacto de las partes contiguas al fondo de saco de Douglas. Cuando existen tumores pequeños detras del útero y no adheridos á este órgano; ó cuando se quiere reconocer la presencia y examinar unos ovarios tumefactos ó dislocados, no es raro que se obtengan buenos resultados poniendo á la enferma en la pronacion lateral izquierda—segun el sistema de Sims—y dirigiendo los dedos índice y del medio por la vagina, tan profundamente como sea posible, vuelta la superficie palmar de los dedos hácia la pared posterior de aquel conducto. De este modo me ha sido dado descubrir, en varias ocasiones, ovarios tumefactos y ligeramente dislocados, cuyos accidentes había dejado de reconocer estando la enferma en el decúbito dorsal.

Palpacion y Tacto combinados.—Como quiera que el modo de esplorar que antecede, tiene por objeto el exámen de unos órganos situados por la mayor parte por encima del techo pelviano y dotados de una gran movilidad, es muy natural que, en virtud de esta última circunstancia, la presion determine en ellos un movimiento de ascenso que disminuya la eficacia de la esploracion. A fin de mantener dichos órganos al alcance del dedo esplorador é impedir su fluctuacion, es preciso combinar siempre la palpacion hipogástrica con el tacto vaginal.

Miéntras se practica el tacto con el dedo índice de una mano, colócase la otra sobre el abdómen, á fin de hacer que el útero se ponga tan

abajo como sea posible, y se hallen accesibles hasta sus partes superiores. De esta manera el examinador puede esplorar toda la superficie del órgano, anterior, posterior y lateralmente, y reconocer la presencia de cualquiera carnosidad, aumento de volúmen, ó sensibilidad exagerada que exista en aquellas partes. (*Véase la Fig.* 2.)

Mas esta esploracion no debe limitarse á las paredes uterinas; conviene, al contrario, averiguar por medio de ella el volúmen, forma, grado de sensibilidad, y carácter de la superficie de la matriz, como tambien de los ovarios, los ligamentos anchos, la pared vaginal anterior, y la vejiga. Para verificarlo respecto del útero, se coloca por debajo de él el dedo esplorador, dirigiéndolo por delante del cuello, si el útero ocupa la posicion normal ó se halla en anteflexion, y por detras del cuello, en el caso de una retroflexion. Las demas partes mencionadas deben examinarse con arreglo al mismo método. Es tan importante esta combinacion del tacto con la palpacion abdominal, que sin ella no puede haber exámen perfecto. He visto pasar desapercibida la existencia de tumores grandes, y aun de embarazos bastante avanzados, por haberse omitido una precaucion al parecer tan leve; y, no hace mucho tiempo, un médico del interior me mandó un caso en que él había diagnosticado un prolapso del útero, fundado en que se hallaba el órgano muy bajo en la cavidad pelviana, sin haber sospechado siquiera la presencia de dos tumores fibrosos, cada uno de los cuales era del tamaño de una cabeza de feto, y cuyo peso determinaba la depresion del órgano dislocado.

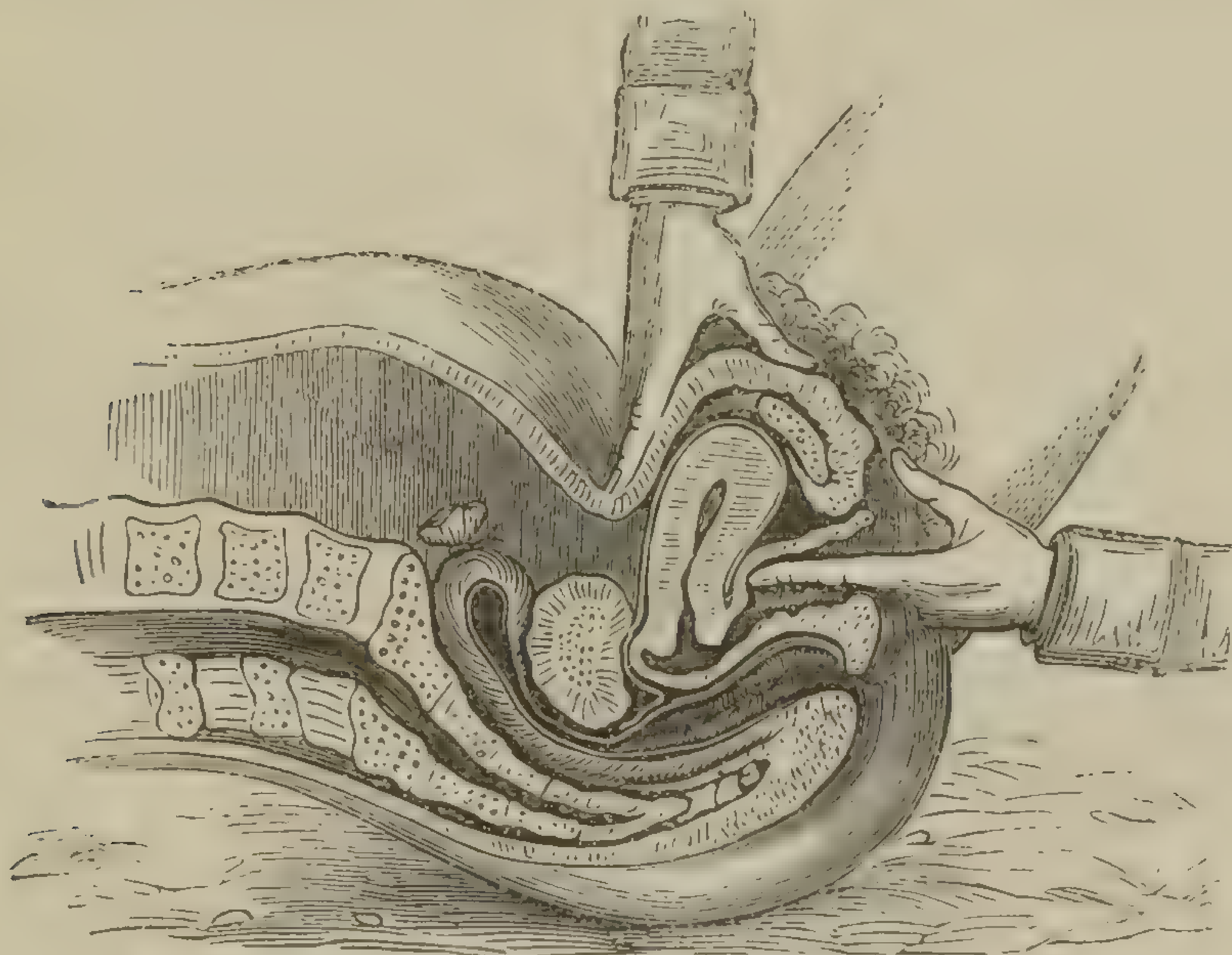


FIG. 2.—Palpacion hipogástrica y tacto combinados (*Sims*).

PALPACION ABDOMINAL.—Si por medio de la palpacion combinada con el tacto vaginal, se han descubierto tumores en la pélvis, es preciso que el médico los someta á un nuevo exámen, con objeto de reconocer

su tamaño, forma, adherencias y contenido. Esta esploracion se practica con ayuda de ámbas manos, puestas al esterior, de modo que, aplicando una fuerte presion, depriman suficientemente las paredes abdominales para que el examinador pueda asir fácilmente los tumores, á fin de determinar su carácter, ya sólido ó bien flúido, y su sensibilidad á la presion, y reconocer la presencia de movimientos fetales y otros fenómenos de no ménos importancia.

PALPACION ABDOMINAL Y ESPLORACION CON LA SONDA COMBINADAS.—Muy en breve hablaré de la sonda uterina en lo relativo á las funciones que de ordinario está destinada legítimamente á desempeñar; y por tanto me limitaré á referir en este lugar cómo aquel instrumento puede servir para efectuar la rotacion del útero dentro de la pélvis, á fin de facilitar que la mano aplicada sobre el hipogastrio pueda distinguir aquel órgano de las carnosidades que se hallen en la cavidad abdominal. Este método de esploracion, á la vez tan precioso, tan poco conocido (segun creo) y por lo mismo tan rara vez empleado, me parece digno de especial mencion. Supongamos que, en la pélvis ó parte inferior del abdómen, existe un tumor, cuya relacion con el útero importa averiguar. Echada de espaldas la enferma, se comunica á la matriz un movimiento de rotacion, á efecto de la sonda introducida hasta el fondo del órgano ; al paso que la mano izquierda, colocada convenientemente sobre el abdómen, reconoce los movimientos respectivos del útero y del tumor. Si son iguales los movimientos de uno y otro, es señal de una relacion íntima entre ellos ; si se mueve libremente el útero y muy poco el tumor, es ménos marcada la relacion ; y por último, si queda inmóvil el tumor durante la rotacion del útero, ó no están unidos ó sólo pueden estarlo por medio de lazos bastante largos y flojos.

Cuando, por motivo de la presencia de tumores de carácter dudoso en la pélvis, ó la gran obesidad de la enferma, no se consigue reconocer la posicion del útero por medio de la palpacion y el tacto combinados, puede tambien recurrirse con ventaja á la sonda, para levantar el órgano y hacerlo girar debajo de la palma de la mano colocada sobre el abdómen.

Por último, cuando se vacila en operar en lo que se supone ser un pólipo fibroso, temiendo haber sido engañado por una inversion del útero; aunque la esploracion con la sonda basta por sí sola para disipar toda duda, le da ánimo y confianza al médico el sentir girar el cuerpo uterino debajo de la mano situada sobre el hipogastrio :—hanse visto numerosos ejemplos de haber la sonda atravesado las paredes uterinas, penetrando en el peritoneo.

Recomiendo con insistencia el método que precede para cuando se examinen tumores abdominales y pelvianos ; añadiendo que practicándolo se evitan muchos errores de diagnóstico en que de otro modo no podría dejarse de caer.

Inspeccion.—Puede aprenderse mucho examinando con la vista las escrecencias morbosas de la vulva y del orificio de la vagina, así como los tumores de este conducto, los cuales es fácil bajar, por medio de una ligera fuerza de traccion, hasta el nivel de los labios. Del mismo modo se obtienen datos importantes acerca de ciertas circunstancias del abdómen distendido. Un quiste ovárico, por ejemplo, es prominente y de forma globulosa ; miéntras que en la ascitis el abdómen está aplastado en el medio y prominente en los lados. Los quistes uniloculares suelen ser globulosos, siendo por lo comun irregulares los de muchas celdas ; es regular y simétrico el desarrollo del útero durante el período de la gestacion, al paso que los tumores del útero son generalmente de contorno irregular y falto de simetría.

Tacto Rectal.—Si se descubriese algo en una ú otra de las paredes uterinas que requiriese un exámen mas completo de estas partes, ó si se manifestasen síntomas que hiciesen sospechar la presencia de alguna escrecencia morbosa, debe introducirse el dedo índice de una mano bien arriba en el recto ; y si no es posible alcanzar la pared posterior del útero, puede hacerse bajar este órgano, implantando una erina en el cuello y tirando suavemente. Por lo regular, sin embargo, puede lograrse esto haciendo una presion firme sobre el hipogastrio con la otra mano, cuyos dedos impelerán el útero hácia abajo en la pélvis ; ó pueden emplearse ámbos medios á la vez, con el auxilio de una ayudanta. Los que no han empleado sistemáticamente este método deben tener poca idea de lo mucho que facilita la esploracion de la parte inferior de la pared posterior del útero y del tabique recto-uterino.

Este precioso método de investigacion ha sido perfeccionado notablemente por el Dr. Simon, de Heidelberg, quien introduce toda la mano y hasta la mitad del antebrazo en el recto, pudiendo así diagnosticarse positivamente muchos estados morbosos del útero, de los ovarios, del recto, y aun á veces hasta de los riñones. Tambien le es posible al examinador, por dicho método, asir los ovarios entre el pulgar y el índice, reconociendo su tamaño, consistencia, y lisura de superficie ; descubrir tumores del útero, aun del volúmen de una cereza ; averiguar la longitud del pedículo de un quiste ovárico y la ausencia de adherencias en este ; y por último, en casos de quistes de los riñones, observar si no tienen conexion con los órganos pelvianos.

Este método puede combinarse con la palpacion abdominal, y modificarse limitándolo á la introduccion de la mano, sin el pulgar, cuando no sea necesario aplicarlo en toda su extension.

La gran utilidad del procedimiento de Simon es incuestionable, estando llamado, en el porvenir, á arrojar luz sobre muchos casos sumidos hoy en la oscuridad, á pesar de todos nuestros esfuerzos ; y mi esperiencia de dicho método hasta aquí me demuestra su importancia en

lo adelante, no tan solo como medio diagnóstico, sino de tratamiento, en casos de dislocacion posterior de la matriz.

Se practica de este modo:

1°. Despues de ponerse á la paciente completamente bajo la influencia de un anestésico, se la coloca en una posicion exagerada de litotomía; es decir, elevando las rodillas y acercándolas al vientre, á fin de producir una flexion decidida de los muslos sobre el abdómen.

2°. El esfínter del ano se dilata por completo y se introducen cuidadosamente primero los dedos y despues la mano, siendo indispensable en ciertos casos muy raros incindir el rafe posterior del ano juntamente con su esfínter; aunque esto es rara vez necesario cuando se trata solo de establecer el diagnóstico.

3°. Despues de introducida la mano, se separan los dedos y se examinan escrupulosamente los órganos pelvianos.

4°. Si se considera necesario invadir las partes superiores que se hallan á nivel del sacro, se introducen tres ó cuatro dedos en la S del cólon, pudiendo así "alcanzar mas arriba del ombligo, sin lastimar en lo mas mínimo los intestinos ó el peritoneo; y como la parte superior del recto y el cólon izquierdo son en estremo movibles, puede palparse todo el abdómen hasta el borde inferior de los riñones."

Esta operacion requiere prudencia y precaucion, no debiendo usarse la menor fuerza ó violencia ni tratar de introducir en la S del cólon mas de tres ó cuatro dedos.

Repito que es operacion sumamente delicada y de ninguna manera tan exenta de peligro como se podría suponer, segun la descripcion que de ella hace su autor. He tenido conocimiento últimamente de dos casos en que, practicada por cirujanos hábiles y esperimentados, dió lugar á graves dislaceraciones del recto, como lo reveló la autopsia; pudiendo suponerse que en uno de ellos la muerte fué determinada en parte por el desgarro de aquel intestino. En ninguna de los dos hubo rotura completa del recto; pero en ámbos se reconocieron numerosas soluciones de continuidad, y en el mas grave habían cedido las túnicas muscular y serosa, sobresaliendo á traves de ellas la mucosa á manera de hernia.

Cuando existe alguna carnosidad en el tabique recto-vaginal puede apreciarse con exactitud su carácter por medio de lo que ha llamado el Dr. Tilt el "doble tacto," que consiste en introducir el dedo índice en el recto y el pulgar en la vagina, aproximándolos despues; ó si se quiere, el índice de una mano en el recto y el de la otra en la vagina.

Esploracion Recto-vesical.—Esta se efectúa introduciendo en la vejiga una sonda ó algalia, la que se empuja en direccion del dedo índice que se halla en el recto. Su esfera de accion no es estensa, pero no hay método que le iguale cuando se trata de apreciar el volúmen del útero en las mujeres obesas, de descubrir la ausencia de este ór-

gano, ó de formar el diagnóstico diferencial entre una inversion y un pólipo.

La única diferencia entre este método y el de la palpacion y el tacto combinados consiste en que, por el uno se trata de agarrar el útero entre la sonda y el dedo, y por el otro entre los dedos de las dos manos. No sé á quién se debe este ingenioso método de esploracion, aunque Mr. C. F. Weiss atribuye su orígen á Malgaigne.

El Spéculum.—No debe suponerse que este nos ofrece el mas precioso recurso para el diagnóstico ; pues el médico que tenga en él demasiada confianza, disminuye sus probabilidades de obtener deducciones correctas en casos dudosos. Como medio de diagnóstico, es inferior al tacto vaginal y rectal, combinados con la palpacion abdominal, y en este terreno nos ayuda principalmente abriendo el camino para la sonda uterina, la que constituye uno de los medios mas preciosos para averiguar el estado de la cavidad de la matriz.

Los spéculums vaginales pueden dividirse en tubulares y de valvas ó ramas. Los mas generalizados de la primera clase son los de tubos de metal, porcelana, marfil y madera ; pero ninguno de ellos se compara en elegancia, aseo, y utilidad al del Dr. Ferguson, de Lóndres, que consiste en un tubo de cristal azogado, cubierto de goma elástica perfectamente barnizada. (Véase la Fig. 3.)



Fig. 3.—Spéculum de Ferguson.

Todos los spéculums tubulares presentan los inconvenientes de que, para que puedan servir en todos los casos, deben ser de cinco á seis pulgadas de largo, lo que hace impracticable el sondear el útero y hacer aplicaciones al fondo ; de que impiden el exámen por medio del tacto ; y de que en la anteversion no es posible abrazar con ellos el hocico de tenca sino con gran dificultad. Estos inconvenientes se obvían en cierto grado con el instrumento representado en la Fig. 4, el que puede adaptarse á la longitud de cualquiera vagina, de modo que su borde esterior quede justamente entre los labios de la vulva.

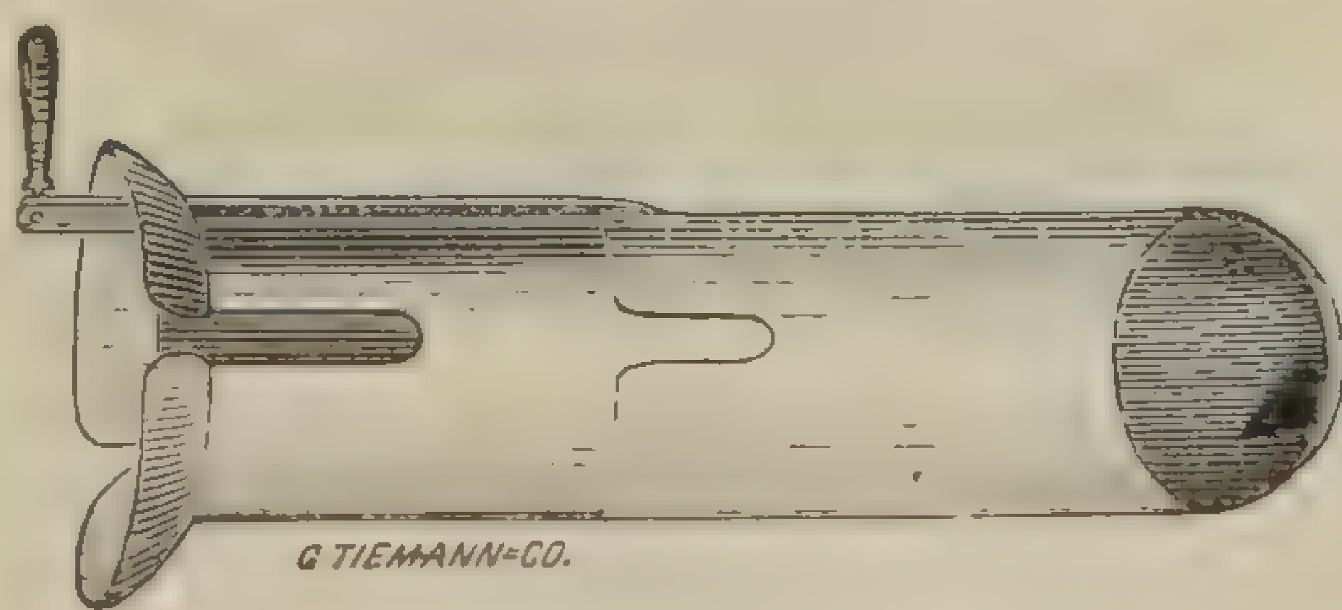


Fig. 4.—Spéculum telescópico de Thomas.

Este spéculum consiste en dos tubos delgados de metal dispuestos

uno dentro del otro. El tubo interior presenta alrededor de su abertura vulvar un ala que sostiene los labios, siendo la estremidad interior del otro tubo derecha ó ligeramente encorvada. El instrumento, que con motivo de su mecanismo ha recibido el nombre de "spéculum telescópico," mide, cerrado, dos y media pulgadas por su lado mas corto, y tres por el otro, siendo tan largo como cualquier spéculum tubular cuando se le estiende. En sus superficies superior é inferior se hallan dos aberturas longitudinales, que facilitan la elevacion ó depresion de la sonda, en casos de flexion ó de version en que sea necesario bajar mucho su mango. El estremo libre de su lado mas largo puede ventajo-

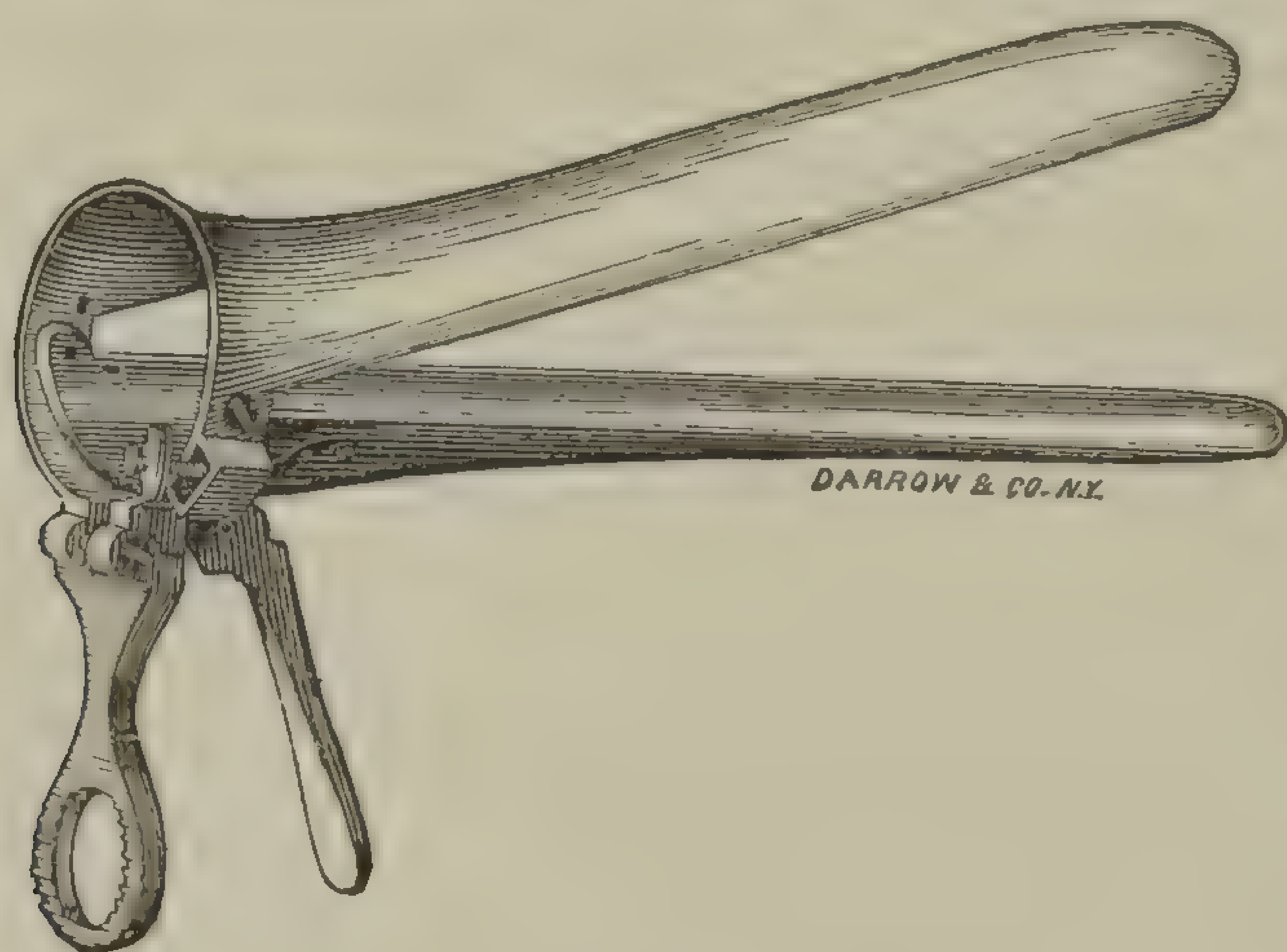


FIG. 5.—Spéculum de Cusco.

samente encorvarse hácia abajo, y aunque esto parezca estraño é inútil á primera vista, la práctica demostrará lo contrario. Cuando el útero ocupa su posicion normal, esta curva no comprime demasiado el cuello; pero si este se halla hundido en la cavidad del sacro, puede el operador elevarlo de su lugar y presentarlo á la vista, con solo volver hácia arriba la curva del instrumento. Introducido completamente el spéculum, sus alas sostienen los labios, sin que quede parte alguna fuera de la vulva.

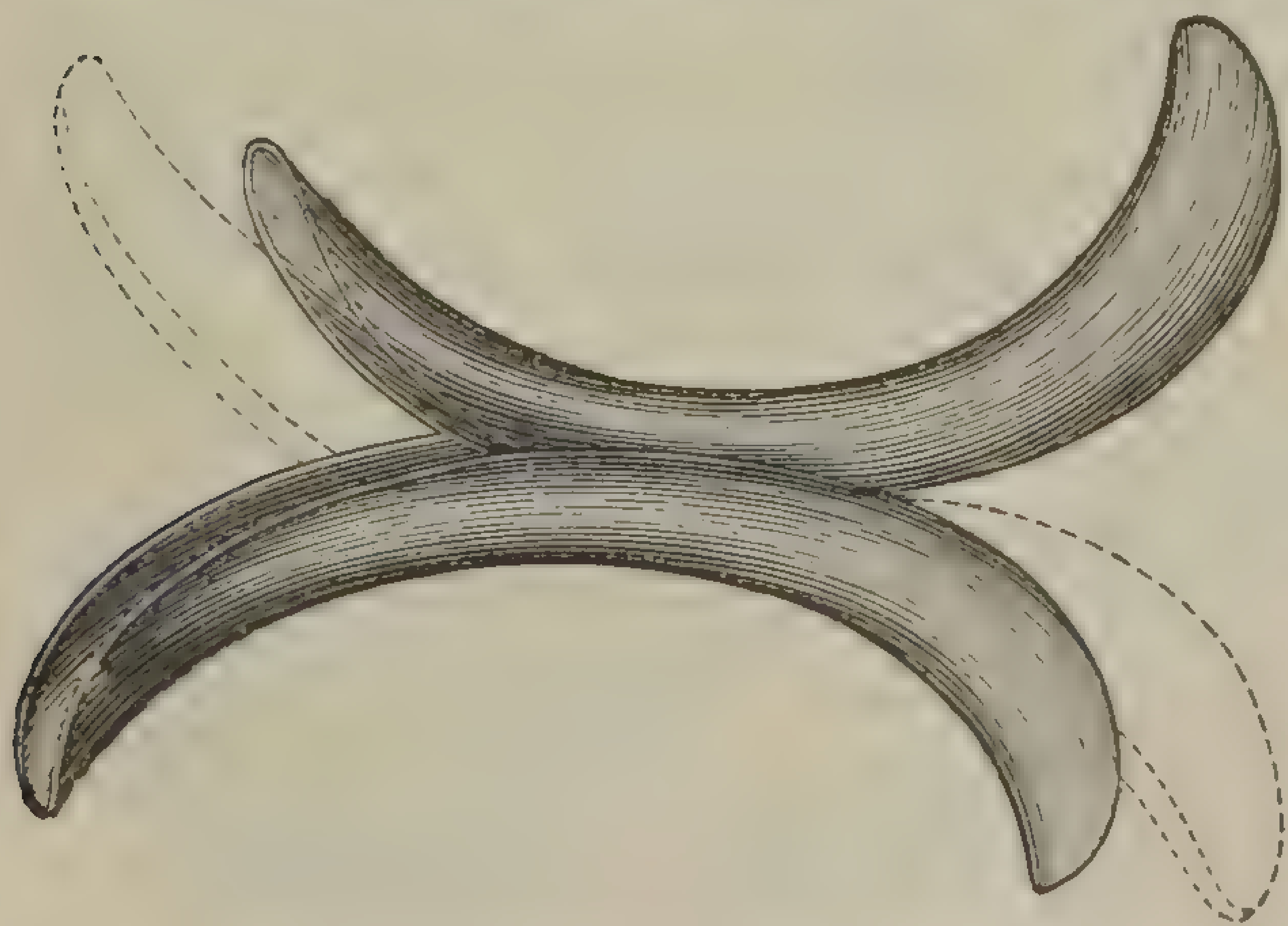


FIG. 6.—Spéculum de Neugebauer.

Por lo que hace á los spéculums de alas, los de Ricord, Ségalas y Charrière se han popularizado hace tiempo, aunque ninguno de esa clase puede compararse con el de M. Cusco (Fig. 5), que es cómodo, fácil de introducir, y espone claramente á la vista el cuello.

Conozco perfectamente los spéculums hasta aquí mencionados; pero no conozco el del Profesor Neugebauer, de Var-

sovia ; así es que lo señalo á la atencion de mis lectores bajo la autoridad de algunos de los ginecólogos mas célebres de Inglaterra, quienes lo recomiendan. La Fig. 6 representa dicho instrumento con las modificaciones con que el Dr. Barnes lo presentó á la Sociedad Obstétrica de Lóndres.

Todo spéculum de valvas presenta las grandes desventajas siguientes : no es fácil evitar la caida entre sus divisiones de las paredes de la vagina ; y la membrana mucosa de esta puede pellizcarse al cerrar y estraer el spéculum. Además, si al distenderse despues de introducido, se presenta á la vista el cuello del útero, todo va bien ; de lo contrario el instrumento es poco eficaz para vencer la dificultad, siendo á veces necesario sacarlo á fin de repetir la tentativa. Sobre los tubulares, presentan la gran ventaja de ser ménos dolorosa su introduccion. Con la mujer multípara puede usarse un spéculum cilíndrico, sin que produzca dolor, pero no con la nulípara ó vírgen. Ni los spéculums de valvas que se usan comunmente, ni los tubulares, favorecen por lo general la introduccion de la sonda, ni las aplicaciones al fondo del útero. No quiero decir que no pueda verificarse esto en algunos casos, ni que á un operador hábil y perseverante no le sea posible efectuarlo en otros muchos.

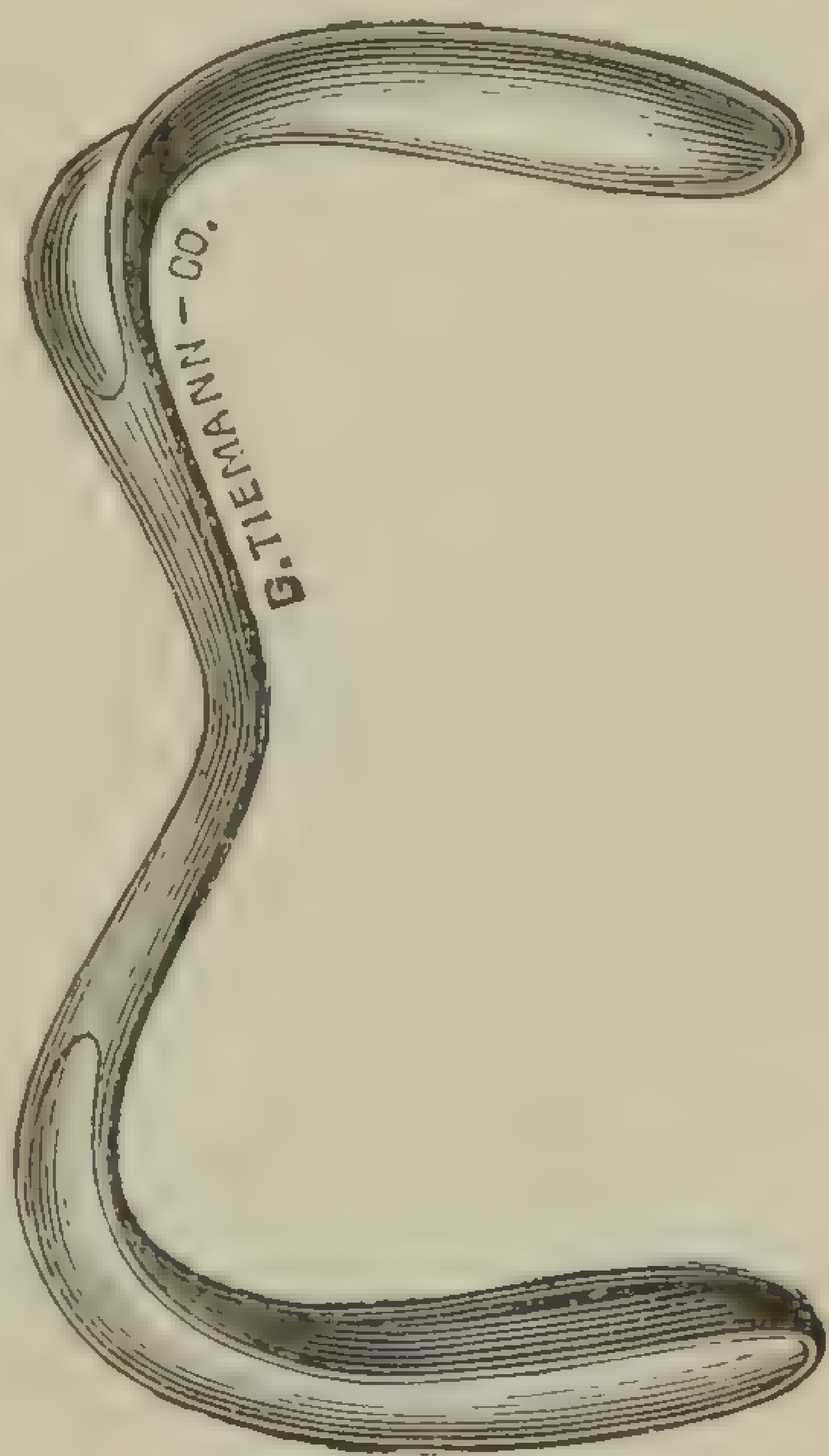


Fig. 7.—Spéculum de Sims.

El spéculum de Sims (Fig. 7) vence todas estas dificultades del modo mas completo y satisfactorio, y espone el útero á la vista, desenvolviendo un principio que ningun otro pone en accion, á saber, la espansion de la vagina por el aire atmosférico, que se introduce con motivo del decúbito de la paciente, y de la gravitacion de las vísceras abdominales y pelvianas. Este instrumento es en realidad un spéculum bivalvo, cuya valva superior es el mismo espéculum, haciendo las veces de valva inferior el *depresor* representado en la Fig. 8, y el cual ejerce su accion sobre la pared anterior de la vagina.

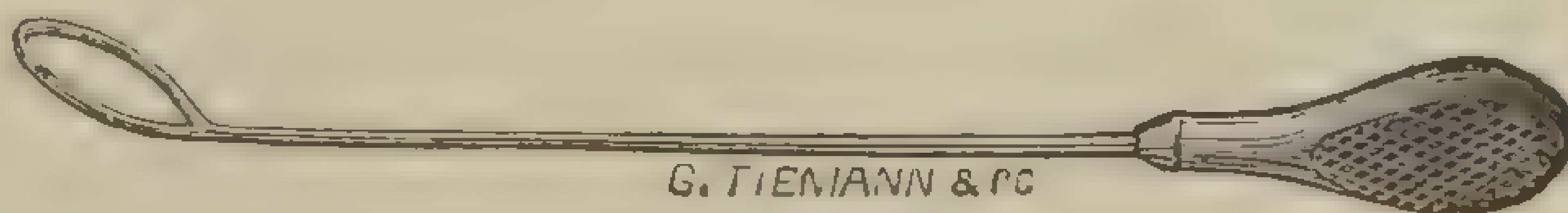


Fig. 8.—Depresor de Sims.

Las ventajas que ofrece el spéculum de Sims para la esploracion y tratamiento son tales, que el médico que se dedique con especialidad á la ginecología sin aprovecharse de él, pierde un auxiliar tan grande como el que perdería el auscultador que no adoptase el estetóscopo doble de Camman. Por desgracia, los inconvenientes que presenta este instrumento impedirán que su uso se generalice. En manos del que, observando numerosos casos de afecciones uterinas, pueda adiestrarse en el manejo, da, y dará siempre, buenos re-

sultados; pero no es propio para la práctica ordinaria. Para poder servirse de este spéculum con entero provecho, es indispensable que el médico tenga un ayudante experimentado é inteligente; cuya circunstancia ha animado á muchos á modificar el modelo primitivo de Sims y á reunir sus ventajas en otros instrumentos exentos de aquel inconveniente.

Describiremos solamente unos cuantos de estos, pues su número parece destinado á ser superior al de las modificaciones del fórceps.

Al elevar la pared posterior de la vagina con el spéculum de Sims asido por la mano derecha, es preciso tener en la izquierda otro instrumento, con que comprimir la pared anterior, y ocupando de este modo ámbas manos, no puede llevar mas allá su exámen el operador; de ahí la necesidad de las referidas modificaciones, con objeto de proporcionar al médico un spéculum que pueda sostener con una sola mano.

El spéculum del Dr. Nott (Fig. 9) comprime la pared anterior vaginal, por medio de dos ramas pequeñas que sirven al mismo tiempo

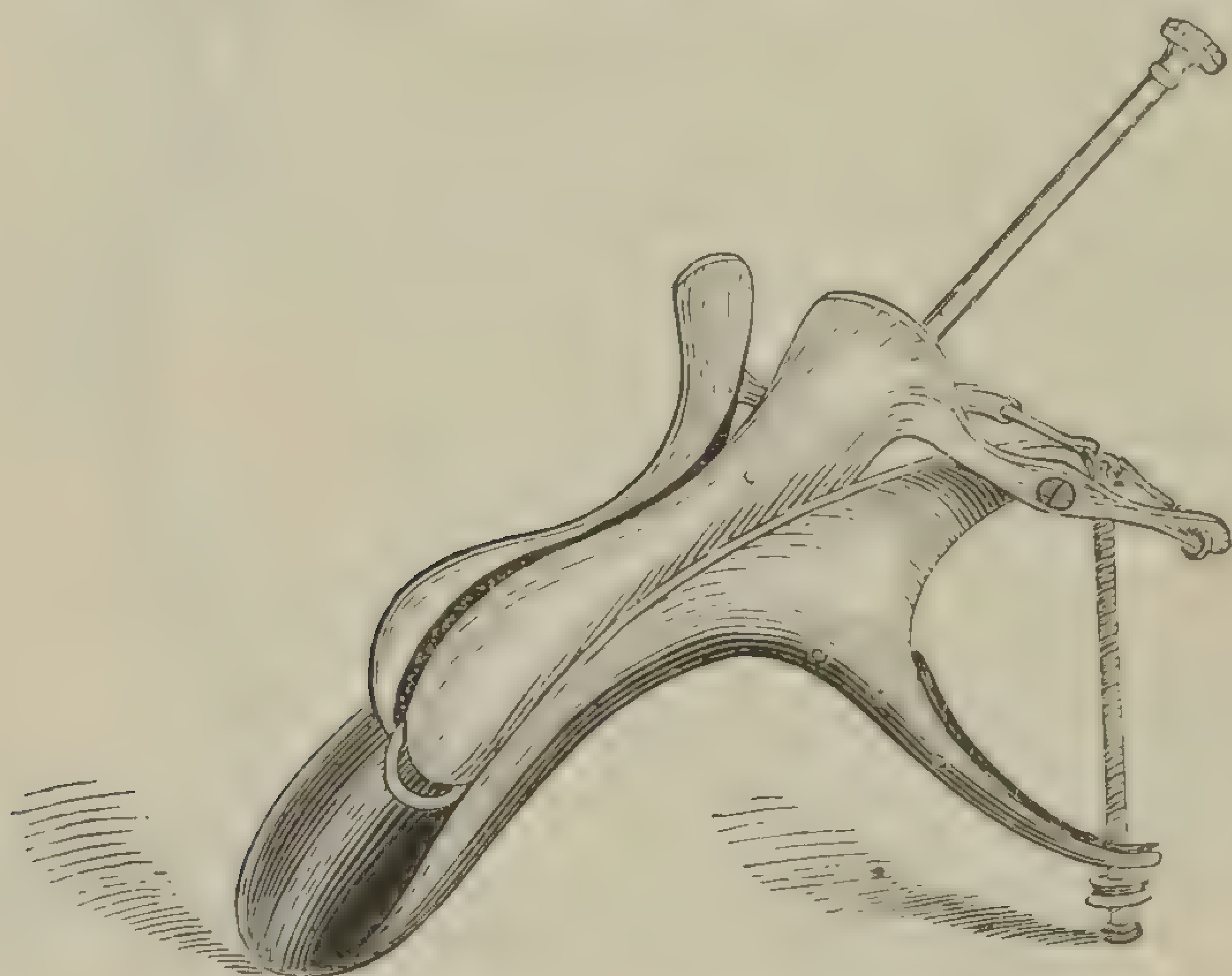


FIG. 9.—Spéculum de Nott, cerrado.

para mantener en su lugar el instrumento, quedando así una ó ámbas manos del médico libres para hacer aplicaciones al útero, sondear su cavidad, etc.

El spéculum del Dr. J. B. Hunter (Fig. 10) es simplemente el de Sims con sus ramas encorvadas hácia adentro, para que pueda ser sostenido por un aparato fijado á la mesa, y que hace las veces de ayudante. Sostenido de este modo, el spéculum se mantiene admirablemente en posicion, y el examinador, desocupadas las manos, lleva á cabo su esploracion, usando el depresor como si tuviese un ayudante. Para que esta ingeniosa disposicion sea eficaz, solo se necesita un poco de práctica por parte del que la adopte.

El instrumento representado en la figura 11 abraza el sacro, quedando la rama *a*, que es el spéculum propiamente dicho, en la vagina,

y la otra sobre la superficie esterior del sacro. La pared vaginal posterior se eleva acercando una á otra, con la mano izquierda, las dos ramas, y se sostiene con una mano el mango del instrumento. La pared anterior se comprime entónces con el depresor, quedando una mano libre. En la lámina, parece complicado el instrumento ; pero en realidad no lo es. Durante algun tiempo lo usé sin la pieza del sacro, y aun hoy muchos lo prefieren sin ella ; pero el cansancio que ocasiona al brazo izquierdo el sostener la pared vaginal posterior y el periné constituye un gran inconveniente.

Modo de introducir los spéculums tubulares y de valvas.—Recostada la enferma de espaldas, como se ha esplicado ya, y colocado en una palangana con agua caliente el spéculum, la sonda, ó cualquier otro instrumento que vaya á usarse, se sienta el médico en una silla, ó si es baja la cama, se pone de rodillas en el suelo, ó se sienta en una banqueta. Bien untado el dedo con jabon, se introduce en la vagina, para averiguar la posicion del cuello. El spéculum, untado del mismo modo, se introduce en seguida, comprimiendo al principio el periné con su estremidad, si es el spéculum tubular, y empujándolo despues hácia adelante con cuidado y lentitud, siguiendo el eje de la vagina, hasta llegar al cuello. Los spéculums de valvas se introducen cerrados, abriéndolos despues que llegan al cuello.

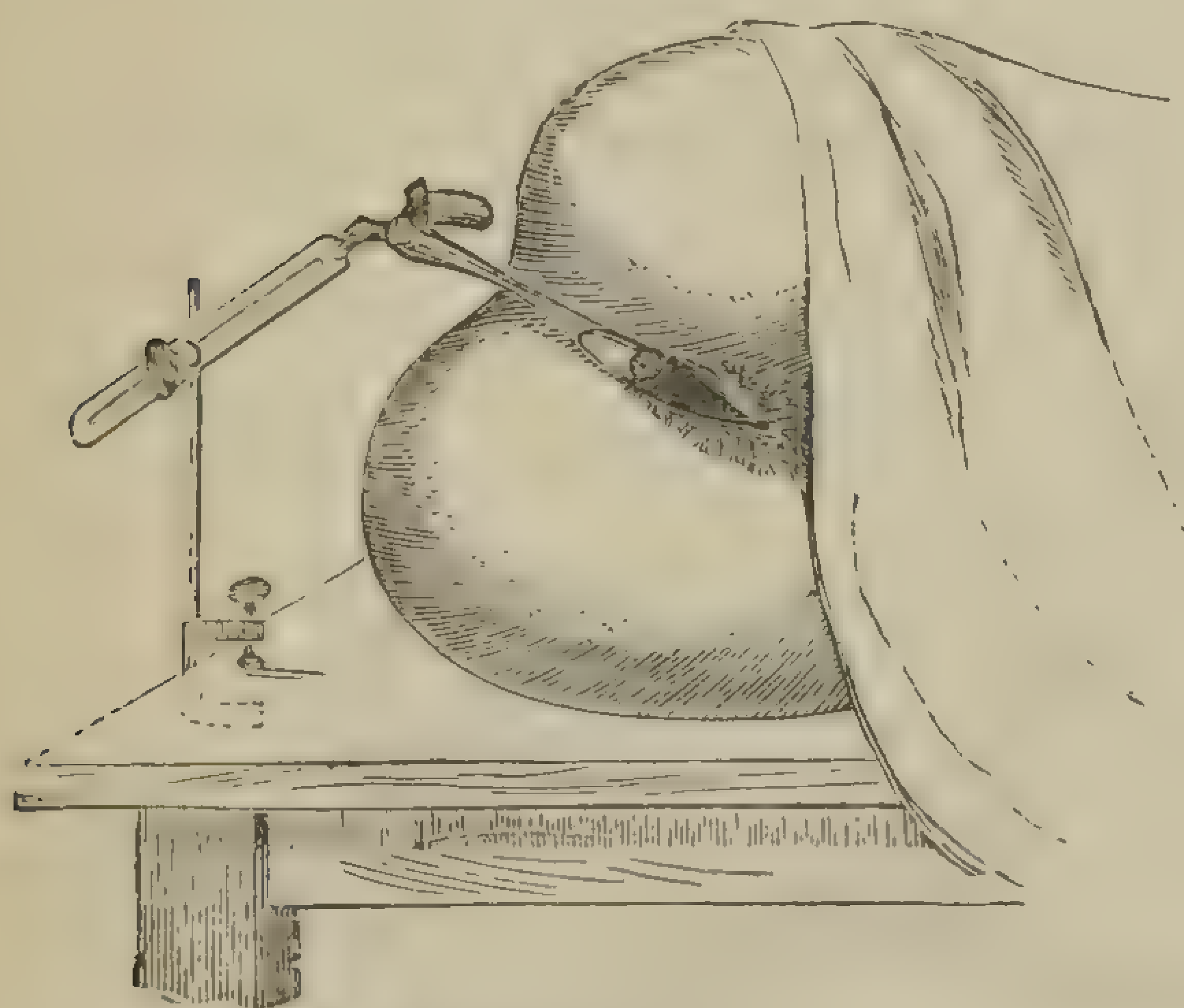


Fig. 10.—Spéculum de Hunter.

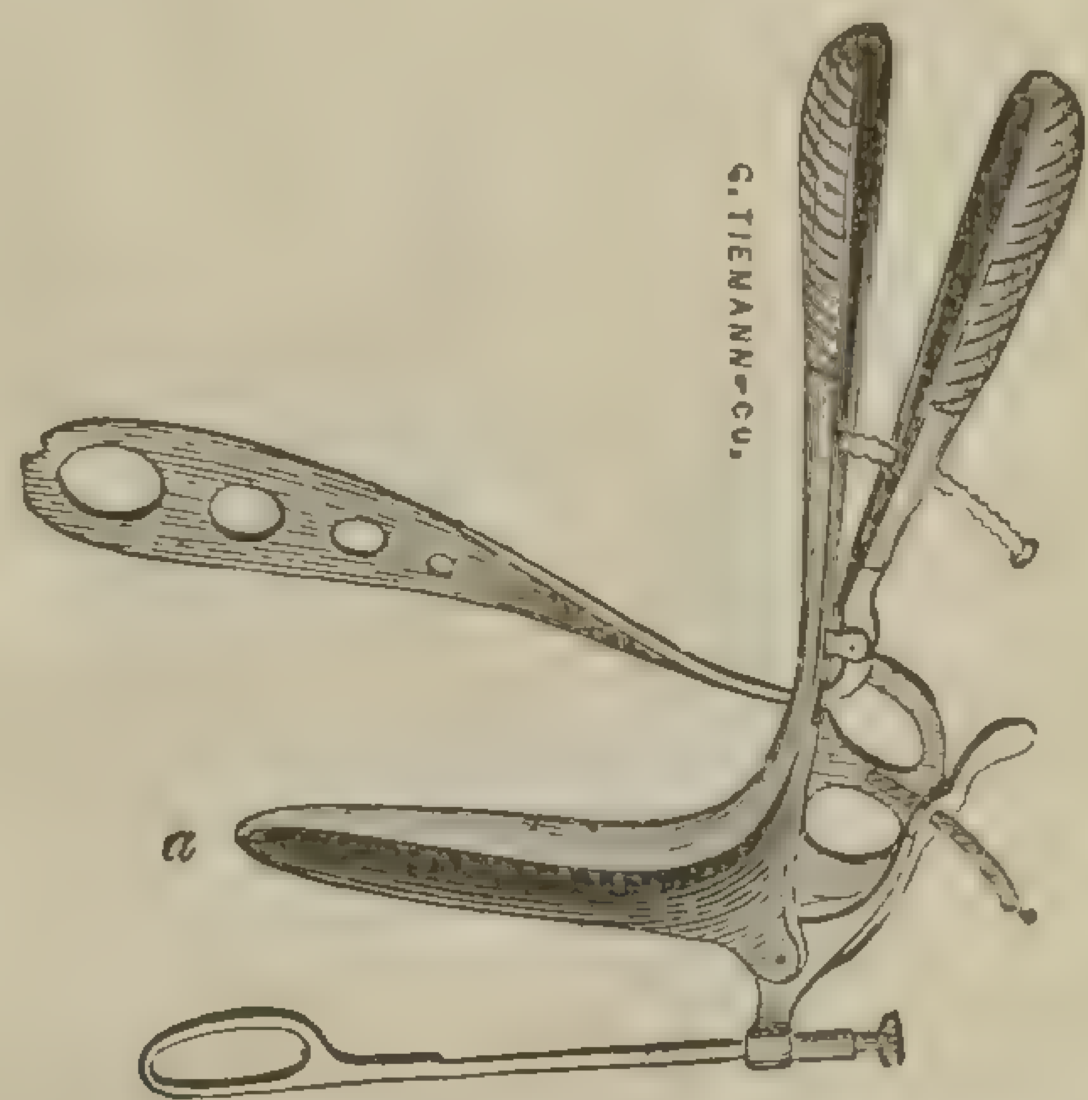


Fig. 11.—Spéculum de Sims modificado por Thomas.

Modo de introducir el spéculum de Sims y sus modificaciones.—El buen resultado de este método de exámen, mas que del uso del instrumento, depende de la posicion de la paciente. Si se logra la posicion recomendada por Sims, con facilidad se consigue ver el cuello ; pero si se sustituye aquella posicion con otra parecida, pero no *idéntica*, el exámen resulta poco satisfactorio.

El objeto de la mencionada posicion es determinar la gravitacion

de las paredes y vísceras abdominales, tirando la pared vaginal anterior hácia adelante, en la direccion opuesta á la que el spéculum imprime á la pared posterior. Para conseguir esto, no debe hallarse la paciente ni de lado ni de espaldas, sino en una posicion intermedia, como la representada por la Fig. 12. Sepárase el brazo izquierdo de la enferma de modo que esta pueda descansar sobre el lado izquierdo del pecho ; y se dobla la pierna derecha de manera que su rodilla venga á quedar un poco mas arriba de la rodilla izquierda.

Una vez en posicion la enferma, la exactitud de aquella puede verificarse, viendo si el trocánter inferior no se halla exactamente debajo del superior, sino dos ó tres pulgadas mas cerca del examinador. Insisto en esta descripcion : primero, por cuanto el que no está acostumbrado encuentra dificultad en colocar debidamente á la enferma ; y segundo, por que de la *exactitud* de la posicion depende el buen éxito que alcance con el spéculum de Sims. Encontrada la debida posicion, se introduce el spéculum, elevándose con él la pared posterior de la vagina, y deprimiendo la anterior con el depresor (fig. 8) en la otra mano, ó con el depresor mecánico, representado en la fig. 11.



Fig. 12.—Posicion de Sims (*Sims*).

La Sonda Uterina.—Este importantísimo medio de diagnóstico fué revelado al mundo hácia el año de 1843, atribuyéndose el honor del descubrimiento á los doctores Simpson, de Lóndres, Huguier, de Paris, y Kiwisch, de Praga. Estos médicos restablecieron simultáneamente el uso de un antiguo método diagnóstico, que, despues de haber sido

descrito por Lair[1] en los tiempos modernos, habia vuelto á caer en olvido. Pero pertenezca á quien perteneciere el mérito de haber sido el primero en meditar la regeneracion, cierto es que á Simpson le corresponde el de haber llamado eficazmente la atencion de los médicos sobre aquel instrumento, y de haber patentizado clínicamente su utilidad.

Las sondas de Simpson, de Valleix, de Huguier, y de Kiwisch, son las que generalmente se usan, presentando todas el mismo principio, y consistiendo en una varilla tiesa de metal, graduada en medias pulgadas y encorvada de manera que en su paso corresponda al eje normal del útero. Para introducirla, se coloca el dedo índice de una mano en contacto con el cuello, y con la otra se desliza la sonda sobre la superficie palmar de dicho dedo, hasta que llegue al hocico de tenca, introduciéndola en este, y haciéndola llegar suavemente hasta el fondo del útero, por medio de una ligera depresion imprimida al mango del instrumento. Esta operacion, practicada por una mano acostumbrada, y estando la matriz en su posicion normal, no es difícil. Pero por lo comun no es el útero sano el que nos vemos llamados á esplorar; y por las citas que presentamos á continuacion se juzgará cuán peligrosa y difícil es la esploracion con la sonda cuando está dislocada la matriz.

Becquerel[2] dice que "su empleo es tan difícil que requiere toda la destreza y habilidad de un médico inteligente, y tememos verla popularizada entre médicos jóvenes y faltos de esperiencia." Nonat[3] declara que "con motivo de los accidentes á que puede dar orígen el sondeo, debe empleársele con precaucion y solamente en casos en que sea absolutamente necesario." Scanzoni[4] confiesa francamente que "en primer lugar, la sonda dista mucho de ser tan inofensiva como se ha asegurado," y continúa enumerando los males que puede determinar. Lo que antecede basta para demostrar la opinion de las primeras autoridades contemporáneas, respecto de los peligros y dificultades que hemos mencionado.

Por medio de la sonda pueden apreciarse:

1°. La capacidad del útero.
2°. La existencia de tumores en su cavidad.
3°. Las desviaciones en el curso de su canal.
4°. El diagnóstico diferencial entre los tumores y las dislocaciones de la matriz.
5°. La existencia de una endometritis.
6°. La movilidad del útero.

Es evidente la gran importancia de estas apreciaciones, en lo tocante

[1] "Nouvelle méthode de traitement des ulcères, ulcérations, et engorgement de l'utérus," 1828, por Samuel Lair.

[2] Maladies de l'utérus.

[3] Obra citada.

[4] Diseases of Females. Edicion Americana.

al diagnóstico; y cualquiera supondría que debe estar muy generalizado el uso de un instrumento que tanto puede revelarnos. Pero no es así. Lo usan comunmente los mas hábiles; pero en la práctica ordinaria, muchos, tal vez los mas, dejan de emplearlo, á causa de lo peligroso de sus resultados, lo dudoso de sus revelaciones, la dificultad de su introduccion. En mi sentir, ningun caso de afeccion uterina debe considerarse como debidamente examinado si no se ha sondeado la cavidad de la matriz. Es verdad que en ciertos casos se halla contraindicado tal procedimiento; pero cuando no es así, debe mirársele como elemento esencial de un exámen completo. Esta observacion no se aplica á la sonda como generalmente se usa, sino á *la que se introduce con el spéculum de Sims.*



Fig. 13.—Sondas de Simpson y de Sims.

El Dr. Sims nos ha proporcionado un nuevo instrumento y un nuevo método para sondear el útero, con arreglo á un principio del todo diferente del que ántes conocíamos, y mediante los cuales queda tan completamente suprimido el doble inconveniente de la dificultad y el peligro del exámen, que no puedo ménos de recomendar con insistencia su adopcion. Empleo casi siempre aquel instrumento al examinar un caso por primera vez, sin haber ocasionado nunca daño alguno, con escepcion de dos veces, en que, no sospechando la preñez, se causó el aborto.

En la Fig. 13 se ve el contraste entre las sondas de Simpson y de Sims. La primera consta de una varilla de plata alemana, fuerte y tiesa, del tamaño de una algalia N°. 3. La segunda es un estilete lete delgado, de plata ó cobre, muy flexible, y solamente un poco mas gruesa que las tientas usadas generalmente en cirujía.

Modo de sondear el útero.—Acostada de espaldas la enferma, el examinador averigua con toda exactitud la posicion del útero, por medio del tacto vaginal, pasando primero el dedo por la cara posterior de aquel órgano, en el fondo de la vagina, y despues por la cara anterior, á lo largo de la base de la vejiga. De este modo se reconoce con

toda seguridad la direccion del canal por el cual se ha de introducir la sonda, sin cuya circunstancia nunca debe ensayarse semejante esploracion. El spéculum se introduce luego, manteniéndose la enferma en el decúbito dorsal, si aquel es tubular, ó acostándose sobre el lado izquierdo, si se emplea el spéculum de Sims ó una de sus modificaciones. En seguida el operador coge la tienta y, dándole la curva que supone tenga el canal uterino, trata de introducirla suavemente; y si no le es posible efectuarlo, la saca, modifica un poco su curva, y vuelve á introducirla, repitiendo la operacion tantas veces como sea necesario para lograr el deseado objeto, que no serán muchas si ha empleado este método lo suficiente para haber adquirido esperiencia. La introduccion debe efectuarse con tanto cuidado como si se verificase por la laringe, y no por el útero, y sin hacer nunca la menor fuerza. El buen éxito depende esclusivamente de la curva que se imprima al instrumento. A veces se le da la forma de un arco de círculo pequeño, otras se le dobla de modo que forme un ángulo agudo, ó se le deja perfectamente derecho, pudiendo, en fin, variarse á lo infinito. Preséntanse casos, si bien son raros, en que es necesario darle á la tienta una torcedura espiral.

Empleada del modo que acabo de indicar, la tienta uterina viene á ser útil para comprobar un diagnóstico hecho por medio del tacto; pudiendo, además, verificarse su introduccion sin dificultad, dolor ni riesgo. En una palabra, no hay inconveniente en emplearla en todos los casos—ménos el estado de preñez; pues entra tan suavemente en la cavidad inflamada, que no determina ningun accidente, aunque se trate de una endometritis.

Nadie negará que, una vez introducida, ejerce todas las principales funciones de la sonda ordinaria, revelando la direccion, longitud, y capacidad del canal uterino.

La sonda y la tienta uterina deberían, sin embargo, servir para dos operaciones que ninguno de los instrumentos mencionados desempeña satisfactoriamente, á saber: la medicion de el útero cuando su volúmen se halla muy aumentado por un tumor fibroso; y la medicion por separado del cuello y del cuerpo. Con objeto de llenar dichas indicaciones, he hecho confeccionar un instrumento muy sencillo, que reproduzco en la Fig. 14. Consiste en un tallo delgado de ballena, que

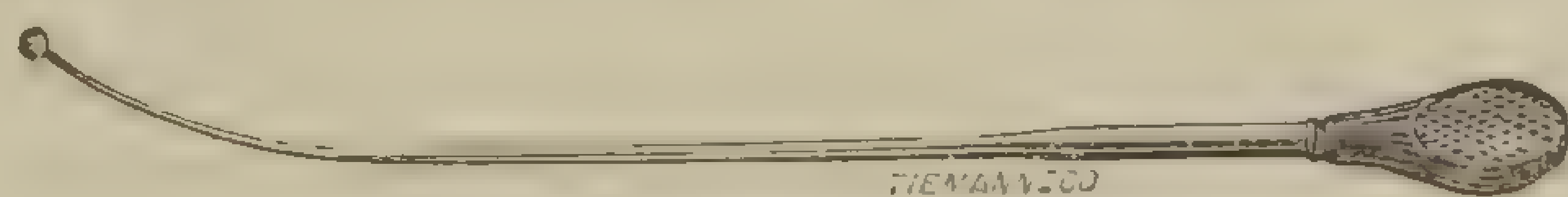


Fig. 14.—Estilete elástico de Thomas.

remata en un boton del tamaño de un guisante. Su longitud es de 18 pulgadas, teniendo doce el tallo, y cuatro el puño ó mango. Cuando se desea medir un útero de volúmen anormal que contiene un tumor fibroso, se empuja suavemente el boton á traves del orificio

interno y hácia arriba, hasta que llegue al fondo. El tallo se dobla, el boton no lastima la pared uterina, y se obtiene la medicion. La longitud de las cavidades del cuello y del cuerpo del útero se averigua de dos modos: primero, se empuja el boton hácia el orificio interno hasta que la resistencia que encuentre denote el fin del canal, en seguida se le empuja hácia arriba hasta que llegue al fondo, y observando el grado de penetracion, queda indicada la medida; segundo, por una presion suave, se hace pasar el boton por el orificio interno hasta el fondo, notando la distancia, luego se le vuelve á situar en dicho orificio interno, y la diferencia indicará la profundidad de cada cavidad. Sería algo difícil hacer penetrar el boton de este instrumento en el útero sano; pero su introduccion en un útero enfermo, como los que en general se tienen que medir, suele verificarse con la mayor facilidad. Empleo tan constantemente, desde hace algunos años, este sencillo instrumento, que no sé cómo pudiera pasarme sin él ahora.

Dilatadores del Cuello.—Antes de la época de Récamier, la cavidad uterina era un recinto completamente cerrado á la investigacion y á la terapéutica local, escepto durante la dilatacion morbosa del hocico de tenca. Aquel médico no solamente aspiraba á obtener un conocimiento exacto de sus afecciones, sino que aplicaba atrevidamente sus medicamentos á la superficie enferma, y en casos de granulaciones intra-uterinas raspaba con la *curette* la cubierta mucosa enferma; pero aun para Récamier, el diagnóstico de estados morbosos de la cavidad era imposible, si se hallaba cerrado el orificio del cuello. Los medios de vencer esta dificultad se deben al Dr. Simpson, quien en 1844 aumentó el número de nuestros recursos mas importantes para el diagnóstico con las esponjas preparadas.

Estas se emplean con objeto de dilatar la cavidad del cuello, facilitando así el exámen de la del cuerpo con la vista ó el tacto, y el tratamiento local necesario en casos de pólipos, granulaciones, tumores fibrosos, hidátides, estraccion de los productos de la concepcion, etc.

Aunque se han recomendado varias sustancias para la confeccion de estos dilatadores, solo dos se emplean generalmente: la esponja comprimida, y la planta marina llamada *laminaria digitata.*

Así como el médico no se detiene á preparar sus estractos y tinturas, tampoco debe ocuparse en preparar sus esponjas dilatadoras. En la actualidad las fabrican operarios de mas habilidad y esperiencia que él mismo, y mejor será, tanto para el médico como para la enferma, que se obtengan de los fabricantes.[1] Conviene empaparlas ó dejarlas permanecer algunas horas en una disolucion de ácido fénico, como antiséptico, y pueden medicamentarse con yodo, zinc, cobre, ú otras sustan-

[1] Esponjas, preparadas con cuidado y perfeccion, pueden obtenerse de W. J. Porter, 113 Washington Street, Newark, N. J., y tambien de los fabricantes de instrumentos de cirujía de Nueva York, Boston y Filadelfia.

cias. El hilo que facilita su estraccion, debe atravesarlas siempre longitudinalmente, afianzándolo bien en la estremidad superior, pues el descuido de esta simple precaucion ha sido causa, muy á menudo, de que se haya roto la esponja al estraérsela, quedando la mitad de ella en la cavidad del cuerpo uterino.

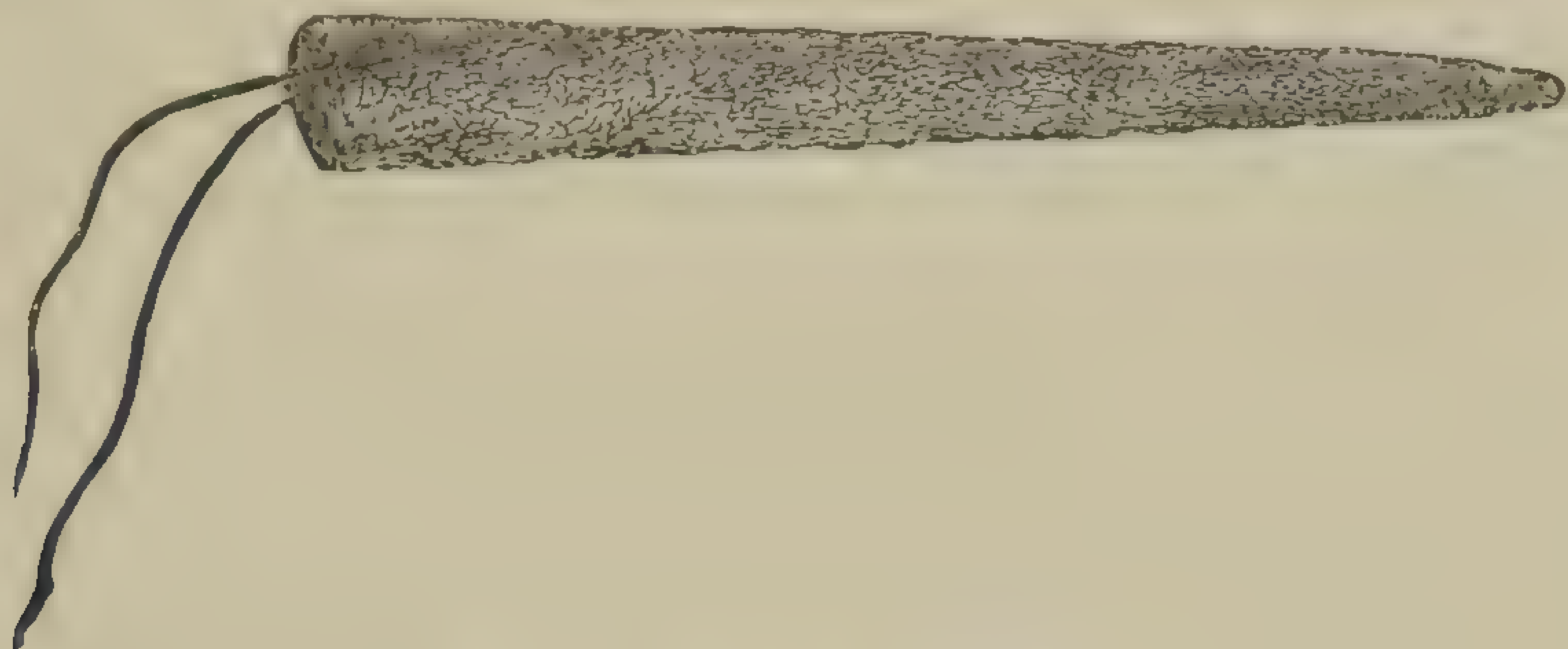


Fig. 15.—Esponja preparada.

Modo de preparar los dilatadores de laminaria.—El empleo de estos en la dilatacion del cuello uterino fué recomendado primero por el Dr. Sloan, de Ayr (Escocia), en 1862.[1] La *laminaria digitata* es una planta marina que se encuentra en las costas atlánticas de Europa y América. Los Sres. Tiemann y Ca. me aseguran que la que se obtiene en la bahía de Fundy es superior á todas las que se han puesto en uso. Esta planta adquiere, por la accion de la humedad, un tamaño tres veces mayor que el que tiene en estado seco. Para prepararla, se humedece un pedazo largo, perforándolo por ámbas estremidades, de modo que pueda colgársele á secar, atando un peso al cabo inferior para que se alargue y enderece. Una vez seco, se corta en pedacitos de dos á dos y media pulgadas de largo, que con una cuchilla, ó papel de lija, se redondean, teniendo cuidado de que su superficie quede perfectamente lisa. En el establecimiento de Tiemann y Ca. los preparan admirablemente.

El Dr. Greenhalgh, de Lóndres, ha introducido la mejora de ahuecarlos, haciéndolos tubulares en vez de macizos. Preparados de este modo efectúan la dilatacion con mas rapidez y perfeccion. La Fig. 16 representa uno de estos cuerpos dilatadores.

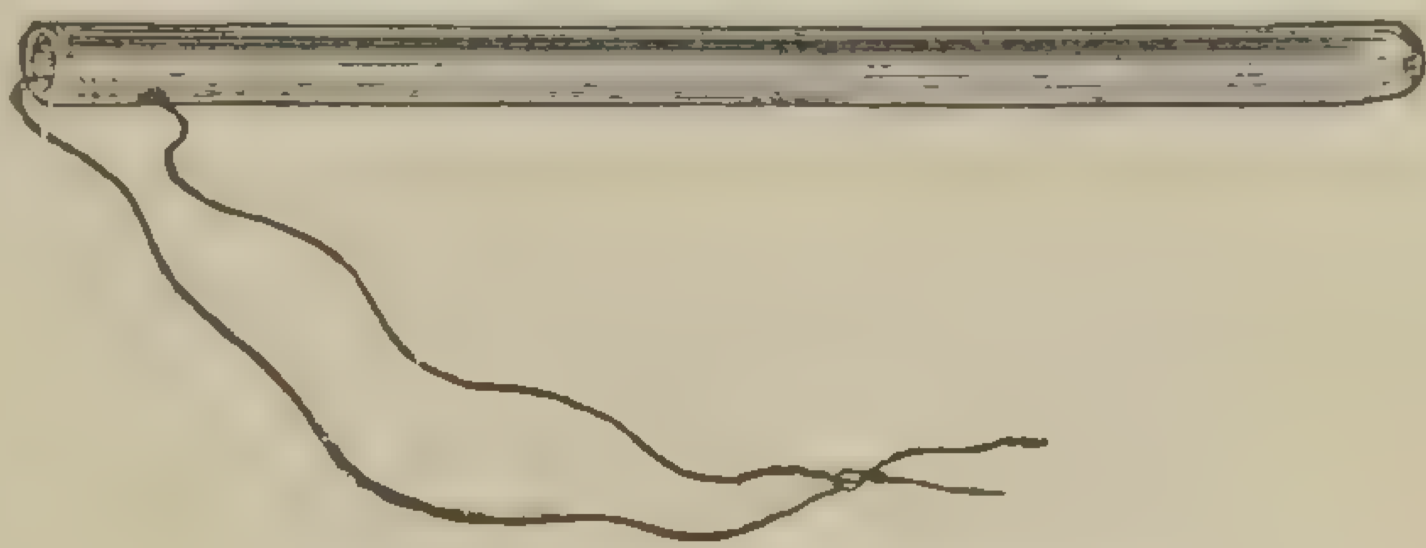


Fig. 16.—Dilatador de laminaria.

Estos presentan sobre las esponjas preparadas, las ventajas de no ponerse fétidos y de no contener materia alguna animal que pueda ser absorbida; pero sus inconvenientes son, que necesitan mas tiempo para su espansion, es algo difícil mantenerlos en el cuello, y presentan á la pared interior del útero una superficie mas dura que la de las esponjas.

[1] Glasgow Medical Journal, Octubre, 1862.

La opinion favorable del Dr. Nott, quien los empleó continuamente, puede observarse por sus deducciones, que presento al lector:

"1°. Cuando se requiere una dilatacion poco considerable, debe preferirse la laminaria á la esponja preparada.

"2°. Si inmediatamente ántes de usarla se sumerge en agua caliente por algunos minutos, se vuelve flexible, mucilaginosa, puede dársele la direccion que se adapte á la de la cavidad del cuello, é introducirla con la mayor facilidad.

"3°. A causa de su suavidad y blandura, se puede sacar sin producir la menor irritacion.

"4°. Pueden medicamentarse los dilatadores de laminaria con morfina, yodo ó cualquiera sustancia soluble en el agua, pero no absorben las soluciones alcohólicas ni la glicerina. Despues de empapados de este modo, pueden conservarse mucho tiempo.

"5°. No se vuelven pútridos ni, por consiguiente, venenosos, como sucede con las esponjas preparadas; y por este motivo no hay inconveniente en dejarlos permanecer mas de veinte y cuatro horas en la cavidad.

"6°. La laminaria negra, ovoídea, de la bahía de Fundy es preferible á las otras clases hasta hoy conocidas en estos mercados, y no ofrece los inconvenientes que algunos autores han encontrado á aquellas.

"7°. La laminaria es muy útil en los casos de dismenorrea por obstruccion, si se la introduce algunos dias ántes que se presenten las reglas, y tambien en casos de catarro uterino con estrechez del cuello; además, prepara bien el camino para toda medicacion intra-uterina; y basta sumergirla en agua caliente ántes de introducirla, para que no determine el menor dolor ni la menor irritacion.

"8°. Es mejor introducir varios dilatadores pequeños, que uno grande, pues aquellos se dilatan mas rápidamente que los grandes."

Esta última circunstancia es muy importante, como lo ha reconocido el Dr. Kidd, de Dublin, quien se espresa como sigue: "Cuando los tejidos uterinos se hallan relajados de resultas de una hemorragia, puede introducirse un dilatador delgado por toda la longitud del cuello y aun hasta el fondo; luego se introduce otro de la misma manera, y otros, hasta formar un manojo de dilatadores al lado unos de otros, cuyo diámetro sea superior al de un solo dilatador grande que se hubiese podido introducir de una vez. El primero que se introduce sirve de guia á los que siguen, y al hincharse con el flúido que absorben, dilatan no tan solo el orificio esterno, sino tambien el interno y aun la misma cavidad uterina."[1]

Modo de introducir los dilatadores.—Si el útero se encuentra deprimido en la pélvis, y dilatado el cuello, puede agarrarse el dilatador con unas pinzas uterinas cualesquiera, é introducirse sin la ayuda del spéculum, echada de espaldas la mujer. En general, deben introducirse con un spéculum tubular corto, ó una de las modificaciones del de Sims. La introduccion es mas fácil por medio de estas últimas, en todos los casos, habiendo algunos en que solamente con ellas puede efectuarse.

[1] Dublin Quarterly Journal, febrero, 1869.

Se sujeta el útero á efecto de una erina (Fig. 17), y cogiendo el dilatador con unas pinzas dentadas, se le dirige suavemente por el cuello, haciéndolo seguir el eje del útero segun indicacion de la sonda. (Véase la Fig. 18.)

Si parece dudoso que el dilatador se mantenga en posicion, es fácil sostenerlo con una bolita de algodon en rama, recomendando que la enferma quede en cama hasta despues de retirado el dilatador.

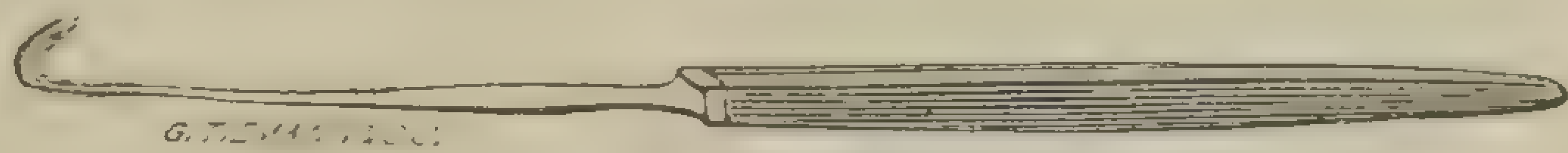


FIG. 17.—Erina para sujetar el útero.

La estraccion se ejecuta de doce á veinte y cuatro horas despues, por medio del spéculum y las mismas pinzas con que se introdujo, ó bien tirando del hilo del mismo dilatador.

Peligros.—Siempre se corre mas ó ménos peligro al dilatar el cuello por medio de dilatadores, pero no tanto que se deba vacilar en emplearlos, pues los casos que los requieren son por lo regular urgentes, y el cuerpo dilatante produce efectos que no pueden obtenerse por ningun otro medio. Es de sentirse que los médicos no se hayan encontrado mas dispuestos á publicar los malos resultados debidos á este método de esploracion y tratamiento. Si se hubiesen registrado fielmente todos

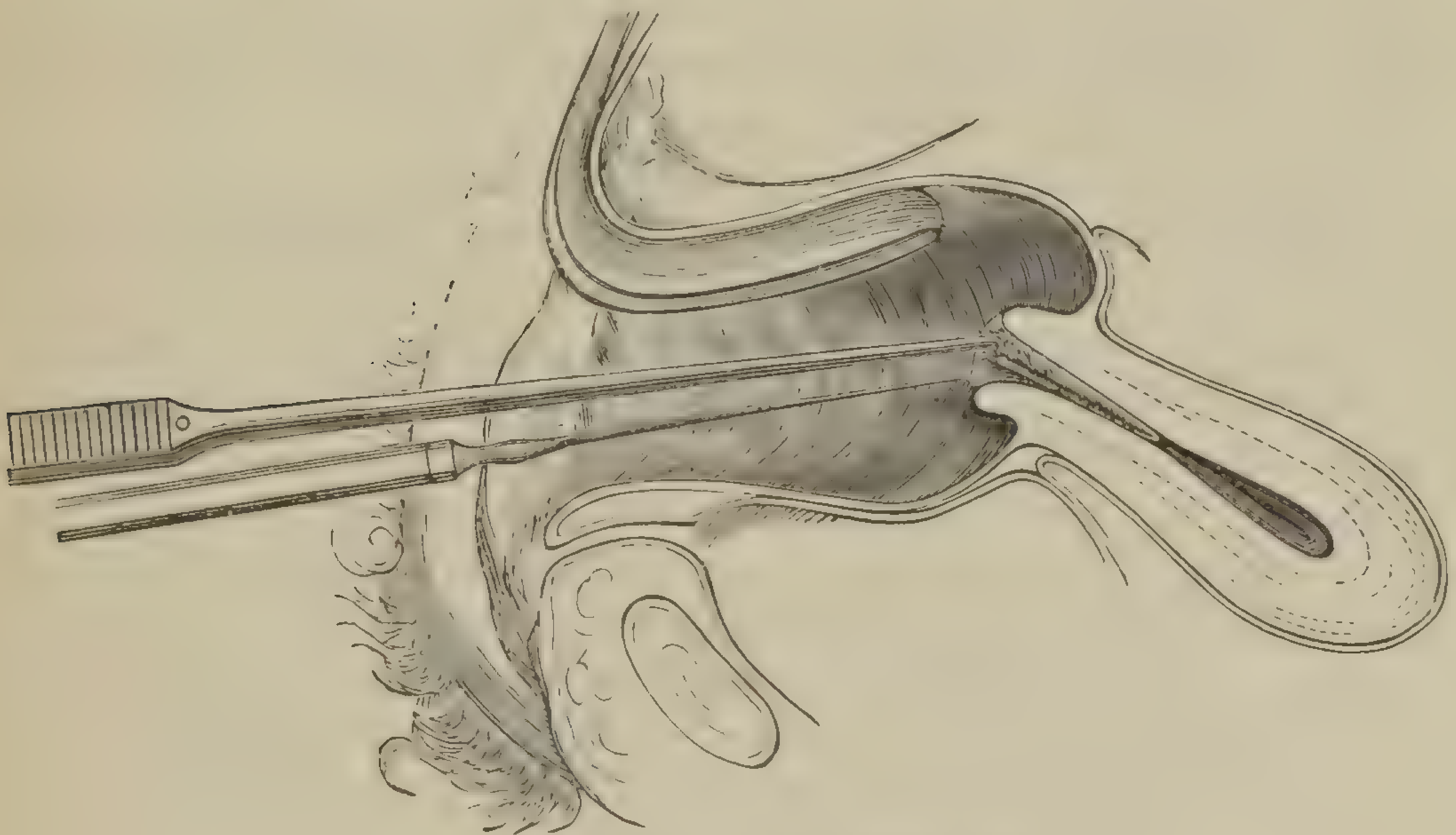


FIG. 18.—Introduccion de un dilatador.

los casos en que la muerte ha sido determinada por accidentes debidos al uso de los dilatadores, y aquellos en que se han originado enfermedades largas y penosas, y á veces de suma gravedad, del mismo modo, es necesario confesar que ámbas listas serían hoy muy largas. Por lo tanto, podría preguntarse si es justo recomendar un método tan arriesgado; pero á semejante pregunta puede replicarse con el mismo

argumento que á otras del mismo tenor en el terreno de la medicina. Grandes peligros se arrostran con el uso de los anestésicos, de los narcóticos y otros medios de empleo general; pero la *proporcion* de accidentes debidos á su usa es pequeña, por grande que sea el número total; y, en cambio de los felices resultados que producen, bien podemos tolerar sus inconvenientes.

En mi práctica he observado tres casos en que ha sido causada la muerte por el uso de dilatadores. En una ocasion se emplearon para la estraccion de los restos de un feto retenidos durante dos meses, y que estaban causando una infeccion pútrida, que amenazaba la vida de la enferma; en las otras se dilataba el cuello, con objeto de estirpar polipos fibrosos, cuya hemorragia agotaba rápidamente las fuerzas de las enfermas. Una de estas mujeres murió del tétanos, otra de una peritonitis, y otra de una septicemia intensa y repentina.

Hace poco tiempo fuí llamado en consulta á ver á una señora que estaba muriéndose de una peritonitis general, que se había desarrollado una semana despues de la estraccion de una esponja preparada, por su médico, hombre formal y de mucha habilidad. El Dr. Braxton Hicks dice "haber observado un caso que terminó por la muerte ocho dias despues de la dilatacion, y en el cual el sacudimiento mental desenvolvió súbitamente una inflamacion, estendiéndola al peritóneo." Además de estos, he tenido ocasion de observar cierto número de casos en que los dilatadores han originado las siguientes afecciones: la pelvi-peritonitis, flemon peri-uterino, hematoceles, metritis catarral ó endometritis, y el envenenamiento séptico.

Tal ha sido mi esperiencia propia en la práctica, y parecida á ella es la de muchos de mis comprofesores. No debe olvidarse que muchas operaciones se practican despues de haberse ensanchado el cuello con los dilatadores. La muerte en tales casos se atribuye generalmente á la operacion; pero, fundado en mi esperiencia, no dudo que muchas veces es resultado de la dilatacion preparatoria.

Desarróllanse tan repentinamente los síntomas alarmantes que se siguen del uso de los dilatadores, que no llego á esplicarme cómo estos determinan los fenómenos morbíficos. Me inclino á creer que el dilatador da lugar á una linfangitis ó angeioleucitis en la complicada red de los linfáticos uterinos, estendiéndose rápidamente la inflamacion á las partes adyacentes, como sucede en las heridas de escalpelo. Así llega la inflamacion al peritóneo y al tejido areolar de la pélvis; y así tambien se desenvuelve la septicemia. ¿De qué otro modo podrían ser invadidas aquellas partes en el discurso de doce á veinte y cuatro horas? Aun cuando se declarara una flegmasía séptica de la membrana interna del útero, que se comunicase al peritóneo por las trompas de Falopio, se seguiría, á no dudarlo, una peritonitis. Pero de esta no hay indicio alguno; y por otra parte, sería probablemente mas lento su desarrollo.

Es de tan alta importancia este asunto que, ántes de dejarlo, me

parece oportuno consignar ciertas reglas, para norma de los médicos que quieran aprovecharse de tan precioso medio de diagnóstico y de tratamiento, el cual, sin embargo, puede dar lugar á tan funestos resultados.

1ª. Es preciso no emplear la menor violencia para la introduccion de los dilatadores. Si el primero que se prueba no se desliza fácilmente por el orificio interno, debe retirarse desde luego, bien para darle una curva que corresponda mas exactamente á la del canal del cuello, ó bien para sustituirlo con otro mas delgado.

2ª. La operacion de introducir el dilatador no debe verificarse, bajo ningun pretesto, en la oficina del facultativo; pues no sin el mayor peligro podría retirarse la mujer, llevando aquel cuerpo en la cavidad uterina. Conviene que esté acostada la enferma durante y despues de la operacion, y se mantenga en un estado perfecto de reposo.

3ª. El médico debe informarse siempre si la enferma ha padecido anteriormente una pelvi-peritonitis crónica, una de las enfermedades mas comunes de la mujer, y si la ha tenido, es preciso evitar cuidadosamente el dilatador. Casi todas las mujeres en que he visto sobrevenir accidentes graves de resultas de la aplicacion de dilatadores, habían tenido aquella enfermedad y fué escitada nuevamente por la introduccion de dichos cuerpos.

4ª. Es necesario que el dilatador no permanezca mas de veinte y cuatro horas en la cavidad uterina, y aun convendría retirarlo á las doce horas, siempre que esto no tendiese á comprometer el buen éxito del tratamiento.

5ª. En retirando el cuerpo dilatador, debe lavarse la vagina con un flúido antiséptico, y en caso de sobrevenir una sensacion de dolor, de frio ó de malestar, acudirse con el opio libremente, ordenando el mas completo reposo.

6ª. La enferma debe permanecer en cama veinte y cuatro horas, por lo ménos, despues de retirado el dilatador, prohibiéndole la locomocion hasta pasados cuatro ó cinco dias.

Bien sé que estas precauciones parecerán exageradas á ojos de aquellos médicos que acostumbran verificar la aplicacion de los dilatadores en sus oficinas, y despiden á las mujeres con la recomendacion de retirarlos al dia siguiente por medio del hilo. Pero es deber de todo hombre concienzudo respetar la esperiencia de los demas. Si fuese necesario que, para convencerse del peligro de la costumbre á que aludimos ó de otra análoga, cada médico perdiese una enferma, vendría inevitablemente á ser inmenso el número de los casos funestos.

La Aguja Esploradora.—Por medio de una aguja larga y delgada, ó tubo muy fino, que sirve de cánula para un trócar mas delgado que una aguja de hacer medias, se puede averiguar el contenido y el carácter de los tumores que se desarrollan en la pélvis. No se emplean estos

instrumentos en el tratamiento de quistes, y sí solo para sacar la cantidad de flúido necesaria para dar á conocer el contenido del tumor. No es raro el hallarse, por medio de ellos, el carácter curable de tumores mirados en un principio como macizos y, por lo tanto, fuera de los recursos del arte.

El Aspirador.—Ignoro á quién pertenezca el honor de haber enriquecido la ciencia con este método de retirar el flúido contenido en los tumores y cavidades. Segun Mr. Courty, se practicaba, unos quince años há, para vaciar los quistes ováricos, utilizándose para ello los instrumentos de L. Buys, Monro, J. Guérin, y Boinet. Sea de esto lo que fuere, Mr. Dieulafoy, de Paris, fué quien tuvo el mérito de sistematizar y popularizar el método, de tal manera que es preciso admitir la importancia del papel que desempeña, no solo en lo tocante al diagnóstico,

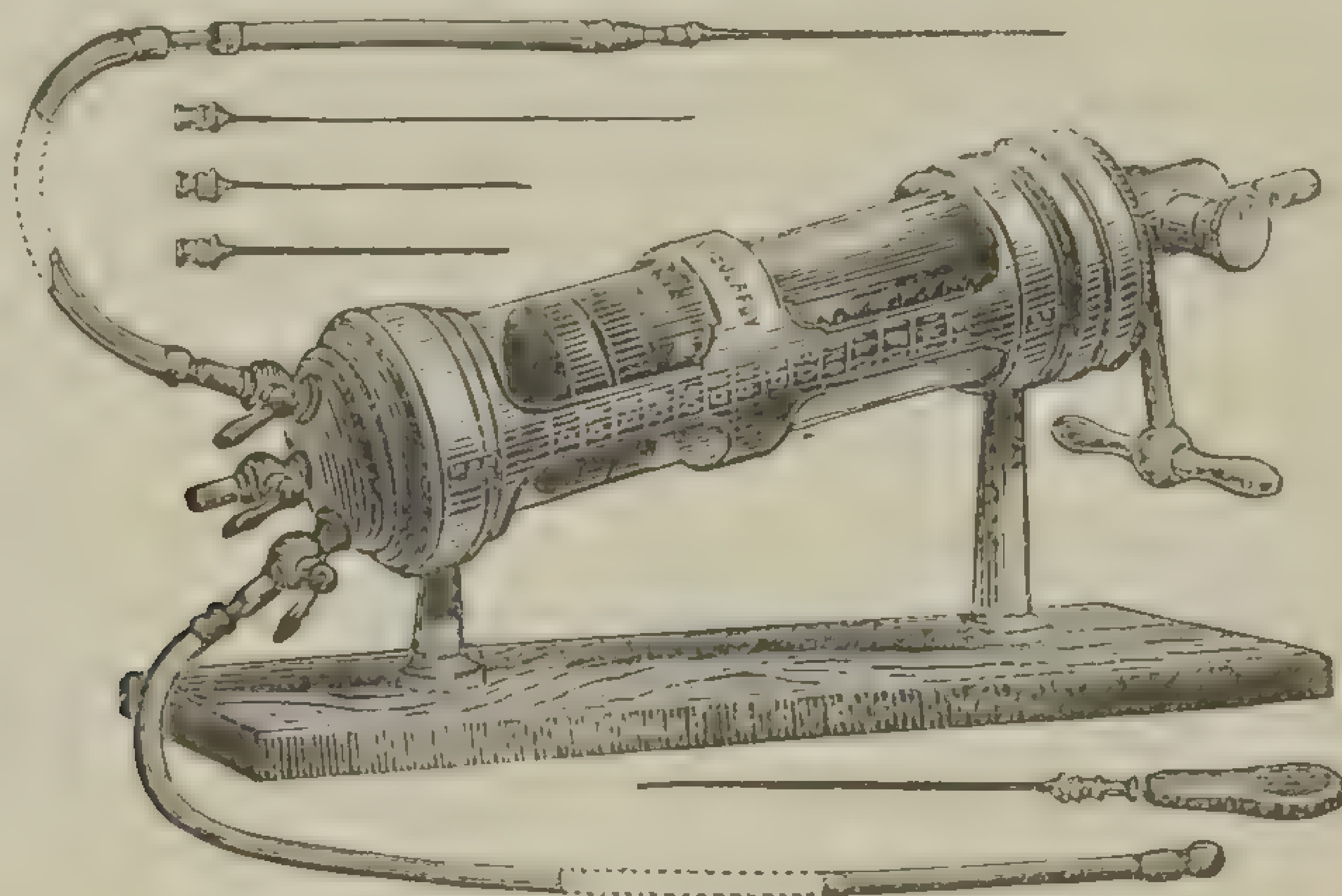


Fig. 19.—Aspirador de Dieulafoy.

sino tambien en el tratamiento de un gran número de los estados morbosos que el ginecólogo tiene que combatir.

Consiste el aparato aspirador en unas agujas largas y delgadas, en que se ha practicado un tubo capilar, y cada una de las cuales comunica, por medio de un conducto de guta-percha, con un cilindro de cristal, provisto de un piston perfectamente ajustado. Introducidas las agujas en la cavidad, de cuyo contenido se desea conocer la consistencia, se hace el vacío, y merced á la fuerza de aspiracion, el licor, si es bastante flúido para pasar por tubos de tan corto diámetro, viene á caer en el cilindro. La Fig. 19 representa la última modificacion del aspirador de Dieulafoy. Pueden obtenerse, perfectamente construidos, en las fábricas de instrumentos quirúrgicos de esta ciudad.

Este aspirador ofrece, entre otras ventajas, la muy grande de que, visto la suma tenuidad de sus agujas, pueden estas introducirse sin peligro alguno en los intestinos, la vejiga, tumores macizos, y aun en órganos secretorios los mas importantes. Se ha empleado este aparato impunemente para el saco aprisionado dentro de la hernia intestinal, para el intestino grueso distendido por gases, y para la vejiga en peligro de rotura á causa de una estrechez escesiva de la uretra.

Si el médico operador no tiene á mano este aparato, puede esclarecer el diagnóstico por medio del mismo principio, empleando la jeringuilla hipodérmica comun, segun ha indicado el Dr. H. F. Walker, obteniéndose con ella bastante flúido para un exámen químico ó microscópico.

Este método de esploracion se puede aplicar con los mejores resultados á toda clase de tumores abdominales ó pelvianos.

El Microscopio.—Este instrumento es muy útil á veces como medio de esclarecer el diagnóstico, cuando se trata de determinar el grado de malignidad de ciertas carnosidades, el carácter de productos inflamatorios, la relacion de ciertas escrecencias intra-uterinas con la concepcion, el carácter purulento de una leucorrea uterina, y el efecto nocivo de los flujos del útero en los espermatozóides, como causa de la esterilidad, segun ha indicado el Dr. Sims. En varios casos de metrorragia inveterada, cuya causa no se había descubierto, he podido diagnosticar de una manera positiva un cáncer del cuerpo del útero, despues de obtener, por medio de la dilatacion y la *curette*, materia suficiente para el exámen microscópico. He tenido conocimiento de un caso que presentaba muchos de los síntomas del cáncer, dando lugar á un error de diagnóstico que fué corregido por medio del exámen microscópico de una porcion de lo que se consideraba como una escrecencia maligna, y no era en realidad sino un trozo de esponja. Prosiguiendo la investigacion, se descubrió la mitad de una esponja preparada, que había permanecido en la cavidad del útero durante algunos meses. He tenido informes de otro caso análogo, en que un pedazo de algodon, retenido largo tiempo en la matriz, produjo síntomas muy anómalos. Estraida una porcion de aquella sustancia, el exámen microscópico reveló su verdadero carácter.

El microscopio es un auxiliar precioso en el diagnóstico de los tumores del ovario; por su medio se puede reconocer si el flúido estraido de un quiste es ascítico, ovárico, de un quiste del ligamento ancho, de un tumor fibro-quístico, ó de quistes hidáticos. Sirve asimismo para esclarecer el diagnóstico de los tumores duros del ovario. Por ejemplo, cuando de la benignidad del tumor depende una operacion, se hace una incision esploradora y se separa un trozo pequeño, disipando pronto el microscopio toda duda. A pesar de lo arriesgado de este procedimiento, mas vale ensayarlo que abandonar á su desgraciada suerte á una enferma, cuya vida se puede salvar por la ovariotomía.

Auscultacion y Percusion.—La importancia de estos medios, para apreciar el tamaño de los tumores, determinar el estado de preñez y distinguir esta última de los quistes del ovario, etc., es tan evidente que solo requieren una brevísima mencion.

RESÚMEN DE LOS MÉTODOS PARA ESPLORAR LAS VÍSCERAS Y TEJIDOS DE LA PÉLVIS.

1°. *Vagina y Cuello del Útero*—
Tacto vaginal;
Inspeccion, por medio del spéculum;
Palpacion y tacto combinados.

2°. *Superficie Esterna del Útero*—
Tacto vaginal y rectal, deprimiendo el órgano por medio de la erina ó de la compresion hipogástrica;
Palpacion y tacto combinados;
Esploracion recto-vesical;
Método de Simon.

3°. *Cavidad del Cuello y del Cuerpo*—
Dilatadores, y en seguida la introduccion del dedo;
Sonda y tienta uterina;
Separacion de una porcion de las exuberancias de la mucosa con la *curette*, y exámen microscópico de aquellas.

4°. *Ovarios, Ligamentos Anchos, Peritóneo Pelviano, y Tejido Areolar de la Pélvis*—
Tacto vaginal;
Tacto rectal;
Método de Simon;
Palpacion y tacto combinados;
Palpacion abdominal;
Auscultacion y percusion;
Agujas esploradoras;
Aspirador.

CAPÍTULO IV.

ENFERMEDADES DE LA VULVA.

Anatomía Normal.—Llámase vulva la hendidura elíptica que se halla á la entrada de la vagina, y comprende el monte de Vénus, los labios mayores y menores, el clítoris, el meato urinario, el vestíbulo, la fosa navicular, la horquilla, y el hímen.

El monte de Vénus es una eminencia redondeada y cubierta de pelos, situada sobre el pubis: consiste en tejido adiposo cubierto de piel.

Los labios mayores son dos repliegues tegumentarios que se estienden desde el monte de Vénus hasta la horquilla, donde se reunen. Están cubiertos esteriormente de piel, en la que se hallan algunos bulbos pilosos; y su superficie interna está tapizada por una membrana mucosa, provista de numerosos folículos sebáceos, que segregan una sustancia grasa y semi-sólida. Estas glándulas son bastante grandes, llegando algunas á tener un diámetro de medio milímetro, segun E. Klein.[1]

El espesor de los grandes labios está compuesto de tejido adiposo parte del cual se halla encerrado en sacos. De estos, uno se estiende desde cada anillo inguinal esterno hasta la horquilla. Broca les ha puesto el nombre de sacos dartóides.

El clítoris es un pequeño órgano eréctil análogo al pene, y situado debajo de la comisura superior de los labios. Su tejido es eréctil; está cubierto por la membrana mucosa, y provisto, como el pene, de un prepucio y un frenillo.

Los pequeños labios son dos repliegues que de la parte inferior del clítoris bajan, separándose, hasta los lados del orificio de la vagina, donde se unen á los grandes. Como el clítoris, están constituidos por un tejido eréctil cubierto de una membrana mucosa, y tienen en su superficie gran número de glándulas que segregan una sustancia sebácea.

La fosa navicular y el vestíbulo son simplemente espacios intermedios: la primera, entre el perineo y la vagina; el segundo entre el

[1] Manual of Histology, por Stricker.

meato y el clítoris. Ambos están tapizados por una membrana mucosa y el vestíbulo contiene numerosos folículos.

El hímen es un velo ténue formado por un repliegue doble de la mucosa vaginal, y cubre en parte la entrada de la vagina. Despues de su rotura, se contraen sus vestigios formando pequeños tubérculos en las paredes de la vagina.

Un poco mas arriba del clítoris, nace un músculo que, bajando por cada lado de la vulva, cubre en parte los bulbos del vestíbulo: me parece que se le cree bastante generalmente el esfínter de la vagina, aunque Savage[1] niega que sirva de tal este músculo bulbo-cavernoso; siendo el verdadero esfínter el músculo pubio-coccígeo, que nace de la superficie interna de los huesos pubianos. Descendiendo por los lados de la vagina, algunas de sus fibras pasan entre esta y el recto y van á reunirse en el periné con las del lado opuesto. Otras pasan por detras del recto, y uniéndose con las del otro lado, se mezclan con las fibras circulares de este, constituyendo su esfínter interno. Las fibras restantes se insertan á los lados del cóccis.

Vulvitis.

Definicion.—Desígnase con este nombre la inflamacion de la membrana mucosa que tapiza la vulva. Afectando toda esta estructura, la superficie cubierta de epitelio, y las glándulas que contiene, el trabajo inflamatorio se estiende á veces por el tejido submucoso á la estructura misma de las partes subyacentes á este último, causando dolor, tumefaccion, y aun á veces supuracion.

Variedades.—Aunque los autores no están acordes con respecto á la clasificacion de sus variedades, la siguiente es la que me parece mas exacta:

Vulvitis purulenta;
Vulvitis foliculosa;
Vulvitis gangrenosa.

Vulvitis Purulenta.

Esta forma de la afeccion puede ser ya simple, ya una verdadera gonorrea de la vulva. La primera es muy análoga á la balanitis en el hombre, miéntras que la segunda es casi idéntica á la inflamacion específica de las otras membranas mucosas.

Causas.—Puede ser el resultado de—

Una vaginitis, simple ó específica;
La falta de aseo;
Lastimaduras, ó roce causado por la progresion;

[1] Female Pelvic Organs. 2ª edicion.

Enfermedades eruptivas ;
El onanismo ;
Los irritantes químicos ;
El cóito escesivo.

Síntomas.—Las partes presentan rubicundez, calor, hinchazon, y al principio sequedad. Sin embargo, pronto se establece un flujo abundante y purulento, que baña la superficie invadida, y deja una mancha amarillenta en la ropa de la enferma. Además de estos signos de una inflamacion activa, se observarán úlceras superficiales esparcidas por las partes enfermas, y en ciertos casos raros, placas de membrana difterítica adheridas á dichas partes. Algunas veces la flegmasía invade el meato urinario, y entónces se queja la enferma de calor y escozor, acompañados de dolor al orinar ; otras, existe el mas insoportable prurito de la vulva, pudiendo la enferma adquirir el hábito de la masturbacion en sus esfuerzos para obtener alivio. Si la inflamacion se comunica á la vagina ó á la vejiga, se presentan los síntomas de la vaginitis ó de la cistitis. En casos de mas gravedad, los cuales son poco frecuentes, hay fiebre, con elevacion de la temperatura del cuerpo, sed, gran malestar general.

Siempre en la forma específica de esta afeccion, y con bastante frecuencia en la simple, el pus tiene un olor desagradable y es de carácter tan irritante que su contacto produce escoriaciones en la superficie interna de los muslos, y si por descuido se le deja tocar la conjuntiva, determina una oftalmia purulenta de cierta gravedad. El Profesor Bedford me refirió el caso de un hombre que, habiendo contraido una uretritis despues del cóito con su mujer, hizo de esta circunstancia el pretesto de un pleito para pedir el divorcio. Llamado el Profesor para examinar el caso, pudo reconocer que se trataba de una vulvitis purulenta simple, sin complicacion de vaginitis ni uretritis.

Curso y Terminacion.—Esta afeccion desapareceria probablemente con el tiempo, aunque no se empleara tratamiento alguno ; pero á mas de tener un curso largo y fastidioso, bien podría dar lugar á complicaciones mas formidables que la enfermedad primitiva. Con el tratamiento apropiado, al contrario, suele ser rápido su curso, y fácil su curacion.

Tratamiento.—Si la inflamacion es escesiva, se prescribe el reposo en cama, alimentos ligeros, y catárticos salinos. Se hacen aplicaciones continuas refrescantes y emolientes á las partes afectadas, observando en ellas el mas escrupuloso aseo. Debe bañarse la vulva con agua caliente tres ó cuatro veces al dia, aplicándose despues cataplasmas tambien calientes de harina de linaza, de patatas raspadas ó de corteza de olmo, á las cuales puede añadirse ventajosamente una disolucion de acetato de plomo y tintura ó polvos de opio.

Despues de calmada la inflamacion, se hacen aplicaciones constantes

de hilas colocadas entre los labios, y empapadas en una locion de opio y plomo, segun la fórmula siguiente :[1]

℞.	Tintura de opio,	2 onzas,	=	62gr,2
	Acetato de plomo,	1 escrúpulo,	=	1gr,3
	Agua,	1 pinta,	=	½ litro.
	Mézclese.			

Mas tarde, debe aplicarse á la superficie inflamada, una disolucion formada de 1 parte de persulfato de hierro y 8 de glicerina. Esta aplicacion se hace varias veces durante el dia, por medio de un pincel suave. Si no cede la enfermedad á este tratamiento, es necesario pincelar la vulva cada dos dias con una disolucion compuesta de 10 granos de nitrato de plata y 1 onza de agua, manteniendo las partes constantemente cubiertas con polvos de licopodio, de almidon ó de bismuto, hasta que se verifique la curacion. En caso de manifestarse el prurito en el último período de la enfermedad, es útil una disolucion de acido fénico en agua (un escrúpulo por pinta).

Vulvitis Foliculosa.

Definicion y Sinónimos.—Hemos dicho ántes que la mucosa que tapiza la vulva, especialmente la parte que cubre los labios mayores y menores y el vestíbulo, contiene gran número de folículos, que considerados como glándulas solitarias, pueden dividirse en tres clases: sebáceas, pilíferas, y mucíparas. En la vulvitis purulenta, estas glándulas, siendo partes componentes de la membrana enferma, se hallan comprendidas en el proceso morboso. A veces, sin embargo, solo ellas están afectadas, en cuyo caso se designa la enfermedad con el nombre de vulvitis foliculosa ó de foliculitis vulvar. Cada una de las clases de glándulas, ó todas á la vez, pueden ser asiento de la enfermedad, y como los autores han dado nombres especiales á las variedades, sería necesariamente muy larga la lista que las incluyese todas. Pueden citarse como ejemplos: la vulvitis papilar, la pruriginosa, la eritemática, la sebácea, la granulosa, etc.

La monotonía de la descripcion y el riesgo de caer en error, pueden evitarse incluyendo bajo el nombre de vulvitis foliculosa todas las flegmasías de las glándulas solitarias de la vulva ; teniendo presente, al mismo tiempo, que el trabajo inflamatorio puede atacar simultáneamente á todas las variedades de glándulas, ó limitarse á una clase solamente.

Causas.—Esta forma de vulvitis puede ser determinada por

La preñez ;
La falta de aseo ;
La vaginitis ;

[1] En el *Apéndice* se hallará una tabla comparativa de las pesas y medidas de la farmacopea de los Estados Unidos.

Los exantemas ;
Las erupciones de la vulva.

Síntomas.—Calor, escozor, y prurito en la vulva, aumentándose la secrecion glandular, que á veces despide un olor escesivamente desagradable y toma un carácter irritante en sumo grado. La flegmasía suele propagarse con frecuencia á la estremidad vulvar de la uretra, haciendo dolorosa la emision de la orina. La vulva puede hallarse tan sensible al tacto, que los esfuerzos para consumar la cópula determinen el vaginismo, que viene á constituir uno de los síntomas de la enfermedad.

Signos físicos.—Si el asiento principal de la afeccion son los folículos mucíparos, se ven placas ligeramente elevadas y de un color rojo subido, en la superficie mucosa de la vulva y, mas comunmente, en los bordes de las arrugas trasversales inferiores de la vagina, en las ninfas y en las carúnculas mirtiformes. Algunas veces se asemejan á las papilas hinchadas de la lengua, y sangran con la menor irritation.



FIG. 20.—Vulvitis foliculosa (*Huguier*).

Si, por el contrario, las glándulas sebáceas y pilíferas están principalmente invadidas por la inflamacion, hállanse las superficies de los grandes y pequeños labios y la base del prepucio del clítoris cubiertas de unas papilas pequeñas, redondas y rojizas. Al cabo de algun tiempo aparece, en el ápice de cada una de estas, una gota de pus, que pronto encuentra salida, encogiéndose el folículo distendido. Debajo de los labios menores se encuentra generalmente una masa semiflúida de una secrecion fétida, que oculta los folículos subyacentes, á ménos que se acuda á separarla cuidadosamente.

Curso y duracion.—Si esta afeccion sobreviene durante la preñez, puede terminar con ella ; si bien en ciertos casos es tan violenta y produce síntomas tan molestos, que provoca el aborto. Si existe durante la vacuidad del útero y no se le aplica el tratamiento necesario, puede continuar indefinidamente, y ocasionar una uretritis, no solo á la enferma, sino tambien á su marido. Esto debe tenerse muy presente, pues podría infundir sospechas en la imaginacion del

marido acerca de la fidelidad de su mujer, acarreando grandes disgustos de familia.

Tratamiento.—La vulvitis foliculosa se combate del mismo modo que la purulenta: baños repitidos, cataplasmas calientes, lociones sedativas, y alterantes tópicos, particularmente el persulfato de hierro y el nitrato de plata. El Dr. Oldham, uno de los primeros que describieron esta afeccion con claridad, ponderaba mucho la fórmula siguiente:[1]

℞.	Acido cianhídrico diluido,	2 dracmas,		7gr,8
	Acetato de plomo,	1 escrúpulo,	=	1gr,3
	Aceite de cacao,	2 onzas,		62gr,2

Mézclese. Para aplicarse despues de lavadas las partes.

La vulvitis foliculosa crónica, que por fortuna es rara, constituye una afeccion realmente formidable y rebelde. El Dr. B. F. Dawson ha publicado en el *American Journal of Obstetrics* un caso tipo de esta enfermedad, que merece especial mencion. Una mujer de 60 años de edad padecía una vulvitis foliculosa contraida á los 16. Despues de haber consultado en vano á varios médicos, se vió obligada, con motivo del prurito insoportable que acompañaba á la enfermedad, á buscar alivio en el opio, cuyo uso con el tiempo llegó á serle indispensable. Hé aquí el estado de la vulva al tiempo de referirse el caso: "Al separar los labios, lo cual tenia que ejecutarse con la mayor suavidad, á causa del dolor, veíase la mucosa de aquellos y de la horquilla completamente cubierta de una sustancia caseosa parduzca, que despedia un olor sumamente fétido." Este estado se mostró tan rebelde al tratamiento, que fué precisa la estirpacion de toda aquella parte del tapiz mucoso de la vulva en que se hallaban las glándulas alteradas.

Vulvitis gangrenosa.

Definicion y sinónimos.—Esta estraña enfermedad, que no deja de presentar muchos puntos de semejanza con el *cancrum oris* de los niños, ha sido descrita en diversas ocasiones bajo los nombres de noma, carbúnculo de los órganos genitales, gangrena de la vulva, etc. Por fortuna, es sumamente rara, pues por lo comun termina en la muerte.

Patología.—La reseña de sus causas predisponentes, ignorándose como se ignoran las escitantes, bastará para convencer al lector de que esta especie de vulvitis, á diferencia de las demas afecciones de los órganos genitales que acabamos de estudiar, proviene de un estado maléfico de la sangre, semejante al que produce resultados análogos en la boca y las fosas nasales durante la marcha de fiebres continuas, la escarlatina, etc.

Causas.—Las afecciones que se sabe pueden dar lugar á la vulvitis gangrenosa son:

[1] Véase el Apéndice.

Ciertas fiebres puerperales epidémicas ;
Cierta influencia epidémica desconocida ;
La escarlatina, sarampion, y fiebre continua.

A veces se la ha visto revestir un carácter epidémico, semejante á las alteraciones análogas de la cavidad bucal y de la garganta.

Síntomas.—A Velpeau[1] le debemos la siguiente descripcion de los síntomas : "Una mancha ó vesícula parduzca, rojiza, ó negruzca, que se ulcera y no tarda en deprimirse, en medio de tejidos rojos hinchados y endurecidos, suele formar el punto de partida. Desde este momento, la gangrena va ganando terreno por grados, sigue la mortificacion de las partes ; baña á los labios mayores un flúido icoroso, fétido y nauseabundo ; sepáranse lentamente las manchas gangrenosas, y el principio destructor, léjos de limitarse, continúa á veces extendiéndose hasta la muerte de la enferma. Debilítanse rápidamente las fuerzas vitales, y la horrorosa enfermedad arrebataría la vida de muchas niñas, si el arte no interviniese á atajar con prontitud su marcha."

En una persona espuesta á cualquiera de las causas predisponentes que dejamos indicadas, un estado edematoso de los labios, con hinchazon y un color violáceo, concurrentemente con signos constitucionales de gravedad, deben escitar las sospechas del práctico que tenga algun conocimiento, aunque solo sea teórico, de la enfermedad que nos ocupa. La única con que se la pudiera confundir es la difteritis de la vulva ; pero esta se reconoce fácilmente por los trozos de falsa membrana de que se cubre el tapiz mucoso de la parte alterada.

Tratamiento.—Reconocida la naturaleza de la enfermedad, debe acudirse pronta y enérgicamente con un tratamiento tanto constitucional como local. Pónese á la enferma en cama, en un aposento bien ventilado con el aire mas puro, alejando de ella toda influencia abatidora. Se le da un régimen muy nutritivo, con vino ú otro estimulante, sosteniendo las fuerzas por medio de altas y repetidas dósis de quina y de tintura de muriato de hierro (*tinctura ferri muriatis*). Si no se logra cortar con prontitud la enfermedad local, es inevitable la muerte, á pesar de cuantos medios generales se empleen ; de consiguiente, no se debe perder tiempo en ensayar remedios ineficaces. La única esperanza es un caústico poderoso. Debe destruirse la parte gangrenada, bien sea con el cauterio actual ó con ácido muriático (clorhídrico) ó ácido nítrico, estando sometida la enferma á la influencia de un anestésico. Hecho esto, se aplicarán cataplasmas desinfectantes, sin que se deje de continuar todos los esfuerzos para sostener las fuerzas vitales. Si aparece un nuevo punto gangrenoso, se acudirá con otra cauterizacion.

[1] Dict. de Méd., tome xxx., p. 991.

Quiste y Abceso de las Glándulas Vulvo-Vaginales.

Anatomía.—En la parte de la vagina, precisamente anterior al hímen ó á las carúnculas mirtiformes, hállase de uno y otro lado una pequeña abertura en que se pudiera introducir una tienta delgada ó una cerda. Esa abertura lo es de un canal de tres quintas partes de pulgada de largo, que es el conducto escretorio de una glándula conglomerada, á la cual se ha dado el nombre de glándula vulvo-vaginal. Están situadas estas glándulas una de cada lado del *ostium vaginæ*, entre la vagina y la rama ascendente del isquion, distantes tres décimos de pulgada de este último, y en contacto con la arteria trasversal del periné. Su separacion de la vagina por medio de una prolongacion aponeurótica, y su situacion entre las capas superficial y media de la fascia isquio-pubiana, con el resistente isquion por un lado, esplican el completo aprisionamiento del pus que se forme dentro de ellas, sin que pueda salir por la vagina ni el recto. Fueron descritas por Duverney, Bartholinus, Morgagni y los autores que sucedieron inmediatamente á estos, estrañándose, sin embargo, que al cabo de algun tiempo quedasen olvidadas. Describiólas nuevamente Mr. Huguier, de Paris, en 1841, con importantes aclaraciones acerca de sus lesiones. Algunas veces, por la oclusion de la salida de aquellas glándulas, consecutiva á una flegmasía adhesiva, resulta la retencion de su secrecion, dando lugar á una notable distension y aumento de volúmen de los conductos; otras, se origina una flegmasía supuratoria, que determina un abceso.

Causas.—La flegmasía de las glándulas que nos ocupan tiene, con corta diferencia, causas idénticas á las de la vulvitis, de cuya enfermedad, por otra parte, suele ser concomitante.

Síntomas.—Son los síntomas ardor y prurito de la vulva, y una gran sensibilidad al tacto; la rubicundez del orificio del conducto, y un tumor duro, doloroso y tal vez fluctuante, del tamaño próximamente de un huevo pequeño de gallina, y cuya presencia se descubre por medio de la presion del dedo sobre la glándula. No pocas veces la existencia de la enfermedad se nota por primera vez durante el cóito.

Diagnóstico diferencial.—El abceso de la glándula vulvo-vaginal se distingue fácilmente de un quiste, merced á la presencia de los signos ordinarios de flegmasía; y de una inflamacion flemonosa, gracias á la forma difusa de esta, tan distinta de la del abceso, de contorno bien delineado, globular y circunscrito. Escusado es hablar de los furúnculos, cuyo carácter superficial no puede dar lugar á confusion en el diagnóstico.

Curso y duracion.—La natural tendencia de esta enfermedad, poco grave de suyo, es á una terminacion favorable. Suele durar de dos ó tres semanas, terminando ora por resolucion, ora por supuracion. En el segundo caso, es indiferente se le dé salida al pus por los conductos de la glándula ó por el surco entre los labios mayores y menores; ocur-

riendo advertir, con todo, que algunas veces la glándula se llena de una materia meliforme, y conserva un carácter quistoso durante meses, y aun, me inclino á creer, durante años.

Tratamiento.—Redúcese á la aplicacion, sea de una cataplasma emoliente, ó bien de una locion refrescante y anodina, á la vulva, ordenando el resposo hasta que la supuracion tenga lugar. Si entónces el dolor es vivo, al pus acumulado puede abrírsele paso con la lanceta, cerca de la abertura de la glándula ó en otro cualquier punto donde sea evidente la fluctuacion. Mas, si el dolor no es intenso, puede abandonarse á la naturaleza la evacuacion del pus.

Cuando la renovacion del proceso morboso hace necesaria una operacion, con objeto de proporcionar alivio permanente, puede practicarse la estirpacion de la glándula. Se hace una incision en el punto de union del grande labio con el pequeño, y agarrando la glándula con pinzas, se la estirpa con unas tijeras. Durante la operacion, es probable que se divida la arteria trasversal del periné, la cual debe ligarse, para evitar la hemorragia. En mi práctica, jamas ha sido preciso estirpar la glándula. Cuando las acumulaciones de pus ó de la secrecion natural se han reproducido con frecuencia, he obtenido un alivio permanente vaciando libremente el saco y taponándolo con hilas untadas de grasa, á fin de hacer que el proceso curativo comience desde el fondo. Igual resultado se consigue vaciando el saco y cauterizando sus paredes y los bordes de la embocadura con el nitrato de plata.

Afecciones Eruptivas de la Vulva.

La piel y la membrana mucosa de la vulva, no ménos que las de las demas partes del cuerpo, pueden afectarse de las diferentes enfermedades eruptivas. No me propongo detenerme á examinarlas aquí minuciosamente, por cuanto se hallan descritas en todos los tratados modernos de dermatología ; y sí solo advertir que pueden invadir la parte mencionada, enumerando los principales característicos de las mas comunes.

Toda afeccion eruptiva que puede invadir la piel y la membrana mucosa en otras partes del cuerpo, puede tambien presentarse en la vulva. Hé aquí los nombres de las que con mas frecuencia reclaman el diagnóstico y tratamiento.

El prúrigo y el líquen ;
El eczema ;
El acné ;
La elefantiasis ;
El eritema y la erisipela ;
Las sifílides.

El prúrigo de la vulva, como el que ataca las demas partes del cuerpo, se manifiesta por pápulas grandes, aisladas, y muy irritantes, cuyo

vértice por lo regular carece de cutícula. En el líquen las pápulas son mas numerosas y la piel subyacente se ve engruesada y algo dura. Uno de los síntomas mas notables de estas enfermedades es el prurito de la vulva, siendo á veces tan escesiva la irritacion, que determina una vulvitis, la cual se designa entónces con el nombre de vulvitis pruriginosa.

El eczema está caracterizado por la rubicundez y el calor de la superficie, la cual está cubierta de pequeñas vesículas que, al romperse, exhalan un líquido seroso. Tiene la erupcion su mayor desarrollo en la superficie cutánea, manifestándose mas ligera en el tapiz mucoso. Algunas veces desaparece rápidamente como enfermedad aguda ; pero no pocas la reproduccion sucesiva de las vesículas acarrea una escitacion é irritabilidad nerviosas que agotan las fuerzas de la enferma. No es raro que el eczema constituya una complicacion sumamente fastidiosa y aun dolorosa de la fístula vésico-vaginal y la diabétes.

El acné es una ingurgitacion de los folículos sebáceos de que está sembrada la superficie de los labios ; pero no va acompañado de una inflamacion activa, en cayo caso se le llamaría vulvitis foliculosa. La ingurgitacion es causada por el aprisionamiento de la secrecion natural de aquellos folículos.

La elefantiasis de los labios en nada difiere de la que se manifiesta en otras partes del cuerpo, y es enfermedad muy poco comun. Kiwisch menciona un caso en que ámbos labios alcanzaron el tamaño de la cabeza de un hombre, llegando casi hasta las rodillas. Los labios mayores y menores, el clítoris y el periné son su principal asiento.

En cuanto al eritema y la erisipela, ocurre advertir simplemente que van acompañados de síntomas mas graves cuando atacan los órganos genitales que cuando se desarrollan en otras regiones de la piel.

La sífilis, en sus formas secundaria y terciaria, puede interesar á los labios, causando la hipertrofia y ulceracion de estos, en fin todas las alteraciones que determina en otras partes.

Estas afecciones se caracterizan por los síntomas ordinarios de la vulvitis, por cuyo motivo se las confunde á menudo con esta. Uno de sus signos mas constantes es el prurito de la vulva ; y la comezon que produce suele ser el primer indicio de la existencia de aquellas enfermedades.

Tratamiento.—Análogo al que se emplea para las mismas afecciones respectivamente en otras partes del cuerpo : mucho cuidado de la salud general ; cambio de aires ; tónicos y alterantes, tales como el hierro y el arsénico, combinado el primero con el colombo, el segundo con la tintura de quina ó de genciana. El tratamiento local se reduce á mantener el aseo escrupuloso de las partes alteradas por medio de baños de agua tibia en abundancia, y á calmar, con lociones que contengan opio, borax, ó acetato de plomo, ó una pequeña cantidad de creosota ó ácido fénico, el prurito que nunca deja de presentarse y obliga á la enferma á rascarse.

Inflamacion Flemonosa de los Labios Mayores.

Los tejidos areolar y adiposos que forman en gran parte el espesor de los labios mayores, vienen con frecuencia á ser asiento de inflamaciones y abcesos. La inflamacion flemonosa reconoce por causas escitantes las secreciones irritantes de la vagina, la vulvitis, golpes recibidos en las partes, y el estado particular de la sangre que da lugar al desarrollo de carbúnculos y furúnculos.

Síntomas.—En el primer período existe una congestion activa, que produce, en el segundo, tension y resistencia de la superficie, debidas al derrame del plasma de la sangre en el tejido areolar. En el tercer período se verifica en la masa así formada, una gran modificacion, determinada por el proceso de supuracion y la formacion del abceso. El pus que se acumula en este es de muy mal olor, á causa de la contigüidad de la vulva y el ano.

El diagnóstico suele ser fácil. Llaman la atencion de la enferma una sensacion de calor, el dolor pulsativo, lo penoso de la progresion, y una escesiva sensibilidad al tacto ; y el exámen físico revela la tumefaccion, dureza, y sensibilidad de uno de los labios. Aunque por regla general es fácil reconocer esta afeccion, debe siempre distinguírsela de una hernia del labio, de la dislocacion de un ovario, de un hématocele del pudendum, del edema del labio, y de la vulvitis. Como tendremos que volver á este asunto en otro lugar, no insistiremos mas sobre él aquí.

Tratamiento.—En el primer período : lociones frias y sedantes, una dieta rigurosa, el reposo mas completo, y catárticos salinos. La locion de opio y plomo es una de las mejores para estos casos. Al acercarse el segundo período, la supuracion, que es entónces inevitable, debe acelerarse por medio de cataplasmas, dando salida al pus tan pronto como se descubre su presencia. Conviene que se abra el abceso con la posible prontitud, porque los tejidos oponen una resistencia obstinada á la evacuacion natural, pudiendo por lo tanto la materia purulenta abrirse paso por entre los sacos dartóides hácia el anillo inguinal.

Rotura de los Bulbos del Vestíbulo.

Anatomía.—Si se hace una incision en la piel y el tejido adiposo subyacente, alrededor de la vulva, separando cuidadosamente por la diseccion los tejidos componentes de esta parte, se encontrará debajo de los labios un plexo reticular de venas grandes, llamado *pars intermedia* y *bulbos del vestíbulo.* Kobelt ha representado estos grandes canales sanguíneos de la manera indicada por la Fig. 21.

Cualquiera influencia que ocasione la rotura de estos vasos, debe producir uno de los dos resultados siguientes : si la rotura se acompaña de una solucion de continuidad del cútis, tendrá lugar una hemorragia libre, que se designa con el nombre de hemorragia del pudendum ; si no

sucede así, la sangre infiltrada en el tejido areolar que rodea al plexo, no tarda en formar un coágulo, que constituye un tumor sanguíneo, al que se ha dado el nombre de *trombo*, ó hematocele del pudendum.

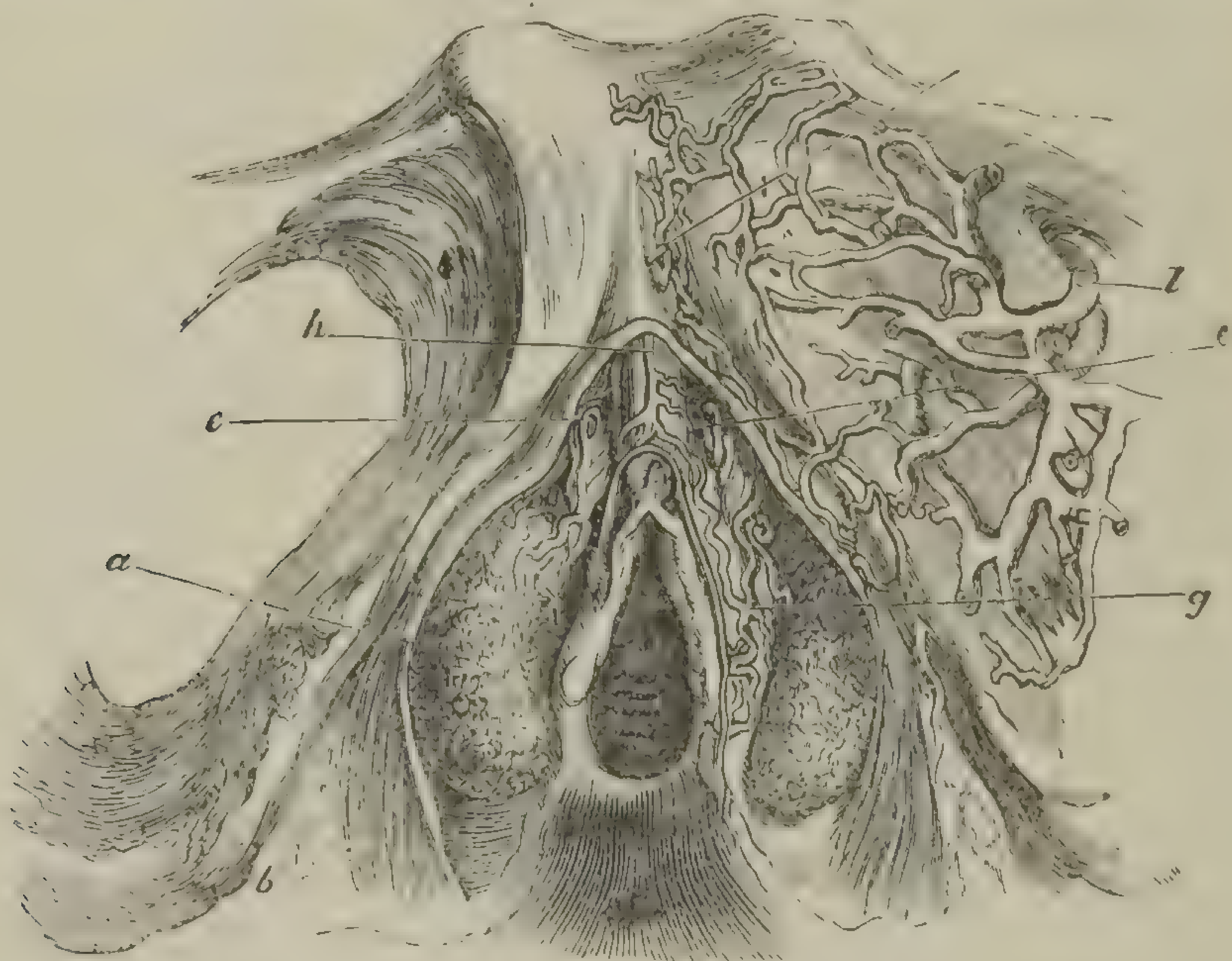


Fig. 21.—Plexo de Venas del Vestíbulo (Kobelt).

Hemorragia del Pudendum.

Sir James Simpson[1] llamó especialmente la atencion á este accidente, en 1850, refiriendo varios ejemplos observados por él, y por otros autores, de rasgaduras leves de un labio seguidas de una hemorragia mortal. Afirma que había habido en Escocia muchos ejemplos de la muerte repentina de mujeres (embarazadas algunas de ellas) de resultas de una hemorragia del pudendum, causada por la rotura de los bulbos del vestíbulo ; y que, en todos ó cási todos los casos, se había sospechado un crímen de parte del marido ó de los vecinos.

Este accidente es raro. En mi práctica he observado solamente dos casos, en uno de los cuales fué determinado por la herida de un labio con una astilla, al pasar la mujer por cima de una cerca ; en el otro fué causada la herida por un casco de porcelana al romperse un orinal. En ámbos cedió fácilmente la hemorragia á la posicion horizontal y á las aplicaciones de compresas estípticas frias. En uno de los periódicos del dia, se dió últimamente la relacion de un caso muy interesante. Una señora, habiéndose puesto de pié sobre una silla para montar á caballo, resbaló y cayó de tal manera que la extremidad de una de las piezas verticales del mueble le hirió en uno de los labios. Siguióse una hemorragia abundante y tan rebelde que solo despues de repetidos esfuerzos se la pudo detener, taponando la vagina, y estableciendo una fuerte compresion á efecto de un vendaje de T.

[1] Obstet. Works, t. i., p. 277, Ed. Amer.

Causas.—Las principales predisponentes son la preñez, el estado varicoso de las venas, y un tumor grande de la pélvis.

Las escitantes son :—

Los grandes esfuerzos musculares ;
Las contusiones del labio ;
Las incisiones ó punturas.

Síntomas.—La hemorragia provoca una esploracion física que no tarda en revelar la naturaleza de la lesion.

Tratamiento.—Reconocida la naturaleza del accidente, suele no ofrecer dificultad el detener el derrame. Mas, si esto no se lograse por medio del frio y los estípticos—hielo y tanino ó persulfato de hierro,—debe taponarse la vagina exactamente con algodon, aplicando á la vulva una toalla doblada en forma de compresa y sujetándola perfectamente á efecto de un vendaje de T. En caso de no bastar esto, se ensancha la herida con el bisturí, y se la llena de planchuelas de algodon empapadas en una disolucion de persulfato de hierro, volviendo á taponarse la vagina, y á aplicarse el vendaje de T, bien ajustado. Difícil parece que se pueda presentar, en una mujer no embarazada, un caso que no ceda á estos medios, empleados con inteligencia.

Hematocele del Pudendum.

Definicion y Sinónimos.—Trombo, en griego *θρομβοω*, *coagular*, es el nombre con que se designa generalmente esta afeccion. Son sus sinónimos hematoma y tumor sanguíneo. Yo he dado la preferencia á la otra nomenclatura de *hematocele del pudendum*, que es la adoptada por el Dr. A. H. McClintock, porque indica la analogía que existe entre esta enfermedad y el hematocele de la pélvis, al que se asemeja en su patología, y porque en la actualidad la palabra trombo se aplica comunmente al coágulo de sangre que se forma en un vaso sanguíneo.

El hematocele del pudendum es un tumor debido á la coagulacion de un derrame de sangre en el espesor de uno de los labios, ó en el tejido areolar que se halla en contacto inmediato con la pared de la vagina.

Historia.—Ya en 1554, Rueff, de Zurich, hizo mencion de esta enfermedad, y el Dr. Merrimen afirma que Veslingius aludió á ella en 1647. Fué observada por Kronauer, de Basle, en 1734, y despues por Levret, Boer, Audibert, y otros.[1] Con el tiempo, cesó casi enteramente de ocupar á los autores, hasta que las investigaciones de Deneux,[2] en 1830, la sacaron del olvido. Los autores se refieren las mas veces á esta enfermedad como si no fuese mas que uno de los resultados de la preñez y del parto, aunque se ha probado de una manera incontestable

[1] Velpeau, Dict. de Méd., v. xxx.

[2] Sur les Tumeurs sanguines de la Vulve et du Vagin.

que puede presentarse fuera del período de la gestacion, y aun en las mujeres vírgenes. Velpeau dice haber observado un caso en una niña impúber de catorce años, y añade como deduccion de su esperiencia "que el trombo de la vulva se desarrolla con casi igual frecuencia en la mujer no embarazada que en la que está de parto." Afirma haber observado en un año seis casos en mujeres que no estaban en cinta, habiendo sido consultado por veinte casos de esta afeccion durante toda su vida de cirujano.

Aunque acepto como es debido la afirmacion de una autoridad tan respetable como la de Velpeau, no puedo ménos de confesar que me sorprende. La lesion es bastante frecuente en el estado puerperal; pero, fundado en mi esperiencia, la tengo por escesivamente rara en el no puerperal, pues solamente he observado tres casos durante una práctica de veinte y dos años. En dichos casos la enfermedad había sido determinada por golpes fuertes recibidos en un labio, asemejándose mucho á la misma lesion que con tanta frecuencia se presenta alrededor del ojo. Otro hecho que aumenta mi sorpresa es el de que, á pesar de haber recorrido atentamente la literatura médica contemporánea, en que abundan las relaciones de esta afeccion, ya como complicacion ó bien como consecuencia del parto, no he hallado un solo ejemplo fuera del período de la gestacion. Sin embargo, como mi objeto en esta obra es evitar empeñosamente el estudio de los estados morbosos que complican al parto ó le son consecutivos, me contraeré principalmente á describir esta afeccion en las formas en que se manifiesta en el estado no puerperal.

Patología.—La patología de esta afeccion se asemeja á la de la hemorragia del pudendum, que acabamos de considerar, siendo ámbas el resultado de la rotura de los bulbos del vestíbulo. En el hematocele la sangre derramada, en vez de abrirse paso al esterior, se acumula y forma un coágulo en el tejido de uno de los labios, debajo de la vagina, y aun en el tejido areolar de la pélvis. Tiene con la hemorragia del pudendum la misma relacion que la que tiene una fractura simple con una complicada.

La rotura, durante el parto, de una rama de la arteria isquiática ó de la vulvar, puede tambien producir un tumor sanguíneo;[1] pero á este no le corresponde el nombre de hematocele del pudendum, pues realmente vendría á ser un hematocele sub-peritoneal.

Desarrollo.—Cuando ha habido lesion de un vaso grande, se descubre de repente en la vulva un tumor que puede alcanzar alguna vez el tamaño de una naranja, si bien otras su volúmen apénas escede al de una nuez. Del carácter de la laceracion depende la rapidez con que se forma el tumor. Algunas veces un derrame poco considerable continúa lentamente hasta que se contiene con la compresion del coágulo. Cuando sobreviene el accidente en el estado no puerperal, el derrame san-

[1] Meigs's Treatise on Obstetrics, 5ª. edicion, p. 94.

guíneo suele ser ménos copioso que durante la preñez, limitándose casi siempre á la vulva.

Causas.—Son las mismas que las de la hemorragia del pudendum. á saber:—

Los esfuerzos musculares;
Las contusiones de los labios;
Las punciones con instrumentos pequeños.

Síntomas.—Los síntomas son el malestar, acompañado de un dolor pulsativo, y si el derrame llega á la uretra, habrá obstruccion al paso de la orina. No es raro que la enferma note primero que ha ocurrido algo anormal, tocando casualmente las partes, pero sin tener la menor idea de la verdadera naturaleza de la lesion.

Diagnóstico diferencial.—No debe confundirse esta afeccion con—

El abceso de los labios;
La hernia del pudendum;
La inflamacion de las glándulas vulvo-vaginales;
El edema de los labios.

Como los caractéres físicos, el modo de desarrollo y los signos racionales de estas afecciones son tan diferentes de los del hematocele del pudendum, que el exámen sirve de guia infalible para el diagnóstico, me limito á indicar tan solo la posibilidad de confusion.

Pronóstico.—Cuando la coleccion sanguínea es poco abundante, casi siempre desaparece espontáneamente, sobre todo en el estado de vacuidad. Mas, si es copiosa, al contrario, y se presenta poco despues del parto, hay dos peligros que temer, el menor de los cuales es la hemorragia, y el mayor, la infeccion, ó trasmision de la afeccion purulenta á traves de las paredes del quiste, ó la formacion de un abceso grande que pudiera producir el mismo efecto que aquella. Pueden presentarse ámbos peligros en la forma no puerperal de la afeccion, pero entónces son de mucho ménos gravedad, por no hallarse sumamente distendidos los vasos sanguíneos, como sucede en la forma puerperal, á consecuencia del desarrollo escesivo y del estado de hidremia y de hiperinósis de la sangre.

Curso natural.—Abandonado el tumor á sí mismo, puede desaparecer completamente en breve tiempo por absorcion, sin dejar vestigio alguno; puede romperse á los cinco ó seis dias; puede enquistarse el coágulo y permanecer indefinidamente en los tejidos; ó la irritacion producida por el coágulo, puede ocasionar una inflamacion supurativa que determine un abceso del labio.

Tratamiento.—Si el tumor es pequeño y poco doloroso, deben aplicarse lociones refrescantes de opio y plomo, ordenando que la enferma se mantenga en reposo, y estableciendo la debida regularidad en las

evacuaciones de la vejiga y del recto, á fin de favorecer la absorcion. Luego que haya indicios de inflamacion flemonosa alrededor del tumor, importa activar, á beneficio de cataplasmas, la supuracion y la salida del pus. Cuando el tumor es grande y se ha averiguado que no hay lugar de esperar que la absorcion se verifique, conviene dar salida al coágulo por medio de una incision practicada con el bisturí en la superficie mucosa del labio mayor, previa administracion de un anestésico á la enferma. Hecha la incision, se debe introducir el dedo en la hernia para desalojar el coágulo. Si hay hemorragia, es menester lavar bien, con una disolucion de persulfato de hierro, el saco, comprimiéndolo al mismo tiempo. Mas, si no se logra contener la hemorragia de esta manera, deben ponerse en el saco planchuelas de hilas empapadas en aquel astringente, pudiendo, si se juzga necesario, establecer la contrapresion á efecto de un tapon de algodon introducido en la vagina. Si no sobreviene la hemorragia de resultas de la evacuacion del contenido del saco, se suprimen planchuelas y tapon, lavando perfectamente la cavidad con una disolucion floja de ácido fénico en agua, como medio mas eficaz de evitar la septicemia y la inflamacion flemonosa.

Hernia del Pudendum.

Anatomía.—Algunos anatómicos afirman que los ligamentos redondos terminan en el monte de Vénus ; pero semejante dictámen no parece admisible. Una diseccion mas cuidadosa demostrará que atraviesan los anillos abdominales internos, recorren los canales inguinales, y llegan á los grandes labios, donde se pierden en los sacos dartóides que, segun Broca, pasan á traves de aquellos repliegues. Las labios mayores en la mujer son indudablemente análogos al escroto en el hombre, correspondiendo los ligamentos redondos á los cordones espermáticos.

Definicion.—A traves de uno de aquellos canales, al lado mismo del ligamento redondo, puede deslizarse, ya un asa de intestino, un ovario, ó bien á veces una porcion del mesenterio, y aun la vejiga, del propio modo como se presenta la hernia inguinal en el hombre.

A causa precisamente de su poca frecuencia, importa saber que esta enfermedad puede manifestarse ; porque el práctico, si lo ignorase, podría herir el intestino, atribuyendo el aumento de volúmen del labio á un abceso ó á la distension de las glándulas vulvo-vaginales.

Causas.—La dislocacion puede reconocer por causa, bien sea un esfuerzo muscular violento, bien un golpe, ó finalmente una caida, como sucede en el hombre.

Síntomas.—Puede verificarse, segun lo afirman Scarpa [1] y Sir Astley Cooper, la estrangulacion del intestino, acompañada de sus signos característicos ; pero es accidente raro. Triúnfase generalmente de la

[1] Scanzoni, obra citada, p. 560.

hernia por la táxis; si bien he observado un caso en que la reduccion fué escesivamente difícil: solo pude conseguirla merced á esfuerzos prolongados. Dislocado el intestino, si no hay estrangulacion, lo primero que llama la atencion de la enferma al asiento de la lesion, es una sensacion de malestar que esperimenta al agacharse y aun al andar. Consulta á un facultativo, y este sospecha desde luego la naturaleza del caso, por la sensacion peculiar gaseosa que percibe por el tacto. La ausencia de síntomas inflamatorios ó de edema, el impulso que recibe el tumor al toser la enferma, la sonoridad de este último al practicarse la percusion, en fin la posibilidad de reducir su volúmen por medio de la táxis ó de un cambio de posicion de la mujer, harán disipar toda duda acerca del diagnóstico. Poca dificultad ofrece el diagnóstico diferencial. Todo el peligro estriba en que se puede olvidar la posibilidad de la hernia en este punto, y hacer deducciones sin tenerla en cuenta. Aunque es poco probable que semejante error se cometa, me parece oportuno, en vista de los terribles resultados que aquel pudiera producir, poner en conocimiento del lector el caso siguiente.—Vino á consultarme una mujer, diciéndome que había tenido, precisamente debajo del anillo abdominal esterno, un abceso, el cual había sido abierto, como un mes ántes, por su médico, previa aplicacion de cataplasmas. Estuvo sin padecer durante tres semanas; pero un dia, habiendo hecho un esfuerzo muscular violento, le volvió el dolor, acompañado de todos los síntomas del abceso, los cuales persistieron desde aquel momento, á pesar de la constante aplicacion de yodo que le había recomendado su médico, por si el mal se reprodujese. Yo estaba de prisa; examiné el tumor, manteniéndose de pié la mujer, y, debajo de una cicatriz reciente, cubierta de una capa de yodo, descubrí una cosa que de pronto tomé por una nueva acumulacion de pus. Como quiera que la enferma, en ausencia de su médico, venia solamente á que yo le abriese el abceso, la recosté y, lanceta en mano, estuve á punto de practicar la incision. Mas, no sin sorpresa, noté que el cambio de posicion había disminuido el volúmen del tumor. Dispertada mi curiosidad, llevé adelante la esploracion, y comprobé la existencia de una hernia debajo de la antigua cicatriz.

Tratamiento.—Colocada de espaldas la enferma, y levantadas las caderas con una almohada, ó lo que es mejor, por medio de la elevacion del pié de la cama ó mesa en que se halle recostada, se agarra el tumor, comprimiéndolo, y empujándolo hácia arriba por el conducto á traves del cual se ha deslizado, hasta lograr su reposicion en el abdómen. En seguida se aplica un braguero que insista sobre el canal inguinal, y provisto de una correa perineal que mantenga suficientemente baja la pelota para que cierre bien la abertura. En el caso de estrangulacion é imposibilidad de reducir la hernia por la táxis, es preciso recurrir á la operacion quirúrjica indicada en las obras generales de cirujía.

Hidrocele.

Definicion y Frecuencia.—Esta lesion, que consiste en una coleccion serosa en el canal inguinal, alrededor del ligamento redondo, se presenta tan rara vez en la mujer, que apénas se halla mencion de ella en los tratados generales.[1]

Anatomía.—Hemos dicho ya que los grandes labios en la mujer son análogos al escroto en el hombre, y que los ligamentos redondos, análogos á los cordones espermáticos, no terminan en el monte de Vénus, como ántes se suponía, sino que continúan su curso hácia abajo, entrando en los grandes labios, y distribuyendo sus filamentos en el interior de los sacos dartóides que, como los dedos de un guante, descienden hácia la horquilla. En la Anatomía de Cruveilhier se puede leer el interesante artículo de M. Broca sobre este asunto. La túnica peritoneal que cubre aquellos ligamentos se estiende comunmente hasta los canales inguinales, y se prolonga á veces, en los sugetos jóvenes, hasta cierta distancia por el interior de aquellos canales, constituyendo el canal de Nuck.[2] Falta generalmente este último conducto en las personas mayores de edad, y de ahí la poca frecuencia del hidrocele y la hernia en la mujer. Algunas veces, sin embargo, el canal de Nuck permanece abierto, quedando espedito el paso, no solamente para el intestino, sino para el ovario, los cuales desde luego pueden bajar, haciendo por entrar en los sacos dartóides, del mismo modo que en el hombre los testículos verifican su entrada en el escroto.

Patología.—Es probable que el hidrocele sea debido á una secrecion escesiva de esta membrana serosa, cuyo contenido al acumularse la distienda lateralmente y hácia abajo. Cuando la abertura abdominal del saco queda espedita, nada hay mas fácil que rechazar hácia arriba la coleccion líquida á medida que se va formando, como se ejecuta en casos análogos en el hombre ; pero una vez cerrada la abertura, semejante operacion es imposible, por hallarse enquistado el líquido. En vista de lo raro de esta enfermedad, permítaseme insertar aquí la siguiente relacion de un caso observado por el Dr. E. P. Bennett, de Danbury (Connecticut) :—[3]

"Durante una larga práctica de cuarenta años, dice aquel médico, no he observado sino un solo caso, el de una jóven casada, en que un cirujano de alguna reputacion, radicado en el condado de Putnam, había diagnosticado una hernia inguinal. Habiendo quedado infructuosos todos sus esfuerzos para reducirla, la dió por adherente é irreducible, y aconsejó se desistiese de curarla. Que tal hiciese, nada tiene de estraño, por cuanto se trataba de un hidrocele del ligamento que, bajando por el canal inguinal, ocupaba precisamente el sitio correspondiente á la hernia inguinal, con la que tenía mucha semejanza. Algun

[1] Scanzoni lo menciona en su obra sobre las Enfermedades de la Mujer.

[2] Véase la *Cyclopedia of Anat. and Phys.*, Suplemento, p. 706.

[3] Véase el *N. Y. Med. Record*, noviembre 15, 1870.

tiempo despues, yo fuí llamado á examinar á la enferma, y supe que hacía cinco años se le había presentado un tumor pequeño, cuyo volúmen había ido aumentando lenta, pero progresivamente, hasta alcanzar el que entónces tenía, es decir próximamente el de un huevo de pava. El desarrollo del tumor no había sido acompañado de ningun dolor, ni de síntoma alguno por parte del abdómen; nunca había manifestado la menor disminucion de volúmen en el decúbito, y su consistencia, reconocida por el tacto, no era la pastosa característica de la hernia, sino la de un tumor cuyo contenido fuese líquido: de todo lo cual deduje que, fuese lo que fuese, el tumor no podia ser una hernia. Llevando mas allá el exámen, pude diagnosticar un hidrocele del ligamento redondo, á pesar de que no era diáfano; y tan convencido estaba de la exactitud del diagnóstico, que desde luego propuse la operacion, á lo que accedió gustosa la enferma. Acompañado de un colega, que estuvo de acuerdo conmigo en lo tocante al diagnóstico, procedí á abrir el saco con la mayor precaucion, verificado lo cual, tuvimos la satisfaccion de ver que no nos habíamos equivocado. Habiendo evacuado el contenido seroso del saco, inyecté en la cavidad de este una tintura de yodo saturada; y en poco tiempo la enferma se halló perfectamente restablecida, sin que hubiese sobrevenido un solo síntoma desagradable. La importancia de este caso consiste únicamente en su rareza, y en que el mayor número de los médicos ignoran la posibilidad de presentarse el hidrocele en la mujer. No escribo este artículo para hacer alarde de un triunfo quirúrgico, y sí solo para llamar la atencion de mis compañeros sobre el asunto, á fin de que puedan evitar errores que pudieran tener consecuencias funestas."

Un folleto sobre esta enfermedad, dado á luz hace unos cinco años por el Dr. Hartt, de Nueva York, contiene la historia de un caso de hidrocele en que, por un error de diagnóstico, se practicó la operacion indicada para la hernia. Evacuado el líquido del hidrocele, se cerró la herida con sutura de plata, y se puso buena la enferma.

Diagnóstico diferencial.—Debe andarse con el mayor discernimiento y con sumo cuidado cuando se trata de formar el diagnóstico de tan rara enfermedad. La fluctuacion, la ausencia absoluta de síntomas inflamatorios, la de sonoridad al practicarse la percusion, y la de los síntomas ordinarios de la hernia, la existencia de la diafanidad, y el desarrollo gradual del tumor sin dolor ni perturbacion constitucional, todas estas circunstancias son otros tantos indicios que justifican se sospeche el hidrocele. Pero ántes de adoptarse medidas decisivas de tratamiento, conviene examinar atentamente el contenido del tumor, á efecto de una aguja esploradora muy fina, (como la de la jeringa hipodérmica comun, por ejemplo,) que se introduzca en el saco.

Si la naturaleza de este líquido no revela de la manera mas positiva la existencia de una hernia, se estrae todo el líquido, por medio de la aguja mas pequeña del aspirador. Aun se han visto casos de hernia en que la reduccion ha sido favorecida por este medio, sin que por ello la impermeabilidad del saco haya sufrido la menor modificacion.

Tratamiento.—Formado el diagnóstico, el tratamiento consiste en la evacuacion del tumor por medio del aspirador; y si no se sigue la curacion, se inyecta la tintura de yodo en la cavidad del saco, lo cual

puede ejecutarse á beneficio del mismo instrumento, haciéndolo funcionar en sentido inverso.

Prurito de la Vulva.

Definicion.—Consiste esta afeccion en una irritabilidad de los nervios de la vulva, acompañada de una comezon vivísima y el deseo de rascarse y frotar las partes. Aunque no constituye en sí misma una enfermedad, es siempre un síntoma tan importante, y á veces tan oscuro, que merece mencionarse y examinarse atentamente.

Patología.—Como acaba de decirse, consiste en un estado morboso de los nervios vulvares. Poco importa que sea una neurosis verdadera, ó dependa de otro estado patológico: basta saber que el gran elemento del prurito de la vulva es la irritabilidad ó hiperestesia nerviosa. No cabe duda de que puede ser escitada por los flujos irritantes y las afecciones eruptivas; pero es lícito dudar que sea alguna vez ocasionada, como ciertos autores lo creen, por una hiperestesia nerviosa idiopática: jamas he observado un solo ejemplo en que fuera esta la causa.

Desarrollo y Curso.—La irritabilidad y tendencia á rascarse son alguna vez poco notables al principio, y molestan poco á la enferma. En ciertos casos, no se presentan sino despues de un ejercicio violento en tiempo de calor, ó bajo la influencia del calor artificial, ó bien inmediatamente ántes y despues de las reglas. La contra-irritacion que requiere por su alivio, agrava el mal. El continuo rascarse produce un aflujo de sangre á las partes, aumenta la sensibilidad de la piel y los nervios, y andando el tiempo, aumenta tambien el mal, dando lugar á una erupcion papulosa. La enfermedad y el remedio indicado por el instinto ejercen una reaccion mutua, requiriendo la primera para su alivio al segundo, y este agravando á la primera, hasta que por fin se desarrolla un estado morboso deplorable y rebelde en sumo grado. Difícil sería exagerar la angustia de la víctima en algunos casos: condenada al insomnio durante la noche, y atormentada constantemente durante el dia, huye de la sociedad, y cae en un estado de gran desaliento y depresion de ánimo. La comezon suele ser intermitente, manifestándose ya de noche, ya á ciertas horas del dia. En dos casos que he observado no existía la irritacion mas que por la noche, siendo tan escesiva la ansiedad nerviosa y el desasosiego, que era imposible conciliar el sueño sino á beneficio del opio propinado en altas dósis. El insomnio, el uso del opio, y la perturbacion nerviosa que acompaña á la enfermedad, abaten y debilitan la enferma de una manera asombrosa.

Esta afeccion es en cierto grado paroxística, agravándola mucho cualquiera influencia que tienda á congestionar los órganos genitales, como, por ejemplo, una cama demasiado caliente, la cópula, los alimentos muy condimentados, las bebidas estimulantes, y el proceso de la ovulacion.

Aunque la irritacion de que se trata se designa comunmente con el

nombre de *prurito de la vulva*, no por eso se suponga se limita siempre á esta parte del cuerpo. Con frecuencia se propaga á la vagina, al ano y á los muslos ; y he observado numerosos casos de mujeres embarazadas en que se ha estendido hasta sobre el abdómen. Puede preguntarse ¿por qué semejante afeccion se llama prurito de la vulva? La razon es que dichas propagaciones no son sino complicaciones de la enfermedad primitiva, (á la que corresponde esactamente aquel nombre,) debidas á la trasmision, por las uñas, de un elemento icoroso que, en mi sentir, constituye la principal causa escitante de la enfermedad.

Causas.—Sabiendo lo rebelde que suele manifestarse esta enfermedad, todo médico teme encontrar de ella un caso exasperado. Vana será toda esperanza que se abrigue de aliviarla, miéntras no se la considere estrictamente como un síntoma, y se trate de descubrir y quitar de en medio su causa. No debe confiarse en ninguna fórmula particular, por muy acreditadas que sean sus virtudes ; pero sí debe buscarse y curarse el desórden primitivo, á fin de suprimir una de sus consecuencias que con mas urgencia reclama alivio. Si hace ya algun tiempo que dura la enfermedad, es imposible á veces averiguar su causa, pues la accion de las uñas suele determinar una erupcion cutánea, y entre esta y el prurito el médico se halla perplejo, sin saber á cuál de los dos debe atribuir el papel de causa.

Las causas predisponentes del prurito de la vulva son :—

Una enfermedad del útero, de la vagina, ó de la uretra ;
La preñez ;
La mala salud general ;
La indolencia, la molicie, ó las costumbres viciosas ;
Los tumores abdominales ó uterinos ;
El desaseo ;
La sífilis constitucional ;
El ejercicio violento en una mujer de hábitos sedentarios.

Se ve que estas influencias son las mismas que predisponen al desarrollo de una secrecion anormal de la mucosa que tapiza el conducto generativo. Soy de parecer que esta secrecion escesiva, anormal, es en la gran mayoría de casos, la causa escitante inmediata de la irritacion nerviosa. Admito, como se verá luego, la existencia de otras causas ; pero estoy convencido de que es indispensable tener en cuenta aquel elemento, si se quiere obtener buen éxito en el tratamiento. El médico que piense únicamente en la enfermedad local, luchará casi siempre contra las manifestaciones de un mal cuyo orígen está en el líquido icoroso que baña y escoría las estremidades terminales de los nervios de la vulva y la vagina.

En todos los ejemplos de prurito de la vulva que he observado, en tiempo oportuno para poder opinar respecto á la etiología, he notado

la existencia de alguno de los estados siguientes como causa aparente de la hiperestesia de los nervios :

1°. *Contacto de un flujo irritante—*

La leucorrea ;
La hidrorrea ;
Un derrame canceroso ;
La incontinencia de orina ;
La diabétes.

2°. *Inflamacion local—*

La vulvitis ;
La uretritis ;
La vaginitis ;
Las ulceraciones aftosas.

3°. *Irritacion local—*

Las erupciones de la vulva ;
Los parásitos animales ;
El onanismo ;
Las vegetaciones de la vulva ;
Las carúnculas vasculares de la uretra ;
El crecimiento de pelos cortos y duros, en la superficie mucosa de los labios.

De todas estas causas, la leucorrea es la mas comun ; pero afortunadamente este síntoma de lesion uterina no produce el prurito sino en casos escepcionales. Bajo ciertas circunstancias parece dotada de propiedades singularmente irritantes y corrosivas, que escitarán la comezon mas intolerable, aun cuando la cantidad del flujo sea de poca entidad. Esta fase de la afeccion se manifiesta mas comunmente en el flujo de que se acompaña la preñez, y en el de la metritis catarral senil, que cubre la vagina de manchas de un color rojo encendido, dándole un aspecto reluciente, semejante al de las membranas serosas. En un caso sumamente rebelde, de una mujer de setenta años, la cantidad del flujo leucorréico era tan pequeña, que la enferma no lo habia notado ; y yo no comprobé la relacion que tenia con la enfermedad, hasta haber descubierto casualmente que lo único que proporcionaba alivio era la aplicacion de un pedazo de algodon contra el cuello del útero. En todo caso de prurito, á ménos que exista otra causa aparente, debe buscarse con cuidado en la vagina la existencia de una leucorrea. Del mismo modo los otros flujos que dejámos enumerados pueden determinar la irritabilidad nerviosa de la vulva.

Pero no es generalmente la leucorrea vaginal la que produce este resultado ; se debe las mas veces al derrame que acompaña á la endome-

tritis del cuello ó la del cuerpo, y el carácter rebelde de estas afecciones esplica en parte el de la secundaria.

He visto tantos casos de diabétes acompañada de este síntoma, que nunca dejo de examinar la orina en los dudosos. Muchos autores opinan que el prurito de la vulva es uno de los efectos constitucionales de aquella enfermedad ; pero el gran alivio que se sigue al uso del cáteter me hace creer lo contrario. En mi opinion, el prurito no tiene, probablemente, relacion alguna con los efectos constitucionales de la enfermedad sobre los nervios ; pero sí con la influencia local directa ejercida por una secrecion morbífica.

Es evidente que una inflamacion local, por el flujo que produce y la comezon que la acompaña, está muy predispuesta á ocasionar el prurito de la vulva, si bien los casos originados de este modo no son los mas rebeldes.

Toda erupcion de la vulva, ó de las partes adyacentes, puede escitar, y por lo general escita en efecto, el prurito. ¿Por qué el eczema, el prúrigo, el líquen, y otras muchas afecciones análogas, no lo determinarían aquí como en otras partes del cuerpo, y aun con mas seguridad que en ninguna, á causa del calor natural de la vulva, con sus repliegues cubiertos de pelos, y provistos de numerosas glándulas sebáceas y pilíferas? Puede ser causado tambien por dos clases de parásitos animales: el *pediculus pubis* y el *acarus scabiei.* La irritacion producida por el primero da orígen á una erupcion liquenoídea ; el segundo da lugar á la sarna.

A una ú otra de estas causas es debido generalmente el orígen del prurito ; pero solamente el orígen ; pues, para darle pábulo y exasperarlo, no tardan en presentarse otras influencias secundarias, como, por ejemplo, las diferentes especies de erupciones, las escoriaciones, ulceraciones, y secreciones abundantes debidas á la accion de las uñas.

Tratamiento.—Como dejámos dicho, la mira principal del médico debe ser siempre descubrir la enfermedad de que es síntoma el prurito, á fin de suprimirla por medio del tratamiento apropiado. Si es esta una leucorrea, debe aplicarse el tratamiento á la afeccion vaginal ó uterina de que proviene ; y si es una enfermedad eruptiva, se emplean, segun la naturaleza de la erupcion, los mismos remedios y con igual eficacia aquí que en otras partes del cuerpo : laxantes, baños, cambio de aire, tónicos y arsénico.

Pero no basta esto. Al tiempo que se procura desarraigar el mal, es necesario acudir con remedios eficaces para calmar desde luego la irritacion. Si, esploradas las partes afectadas, se reconoce que aquella proviene del contacto de un líquido acre con los nervios de la vulva, es preciso lavar frecuentemente las partes, pudiendo recomendarse para ello tres, cuatro, ó aun mayor número, de baños de asiento diarios, con inyecciones de la vagina, bien sea con agua pura ó con agua medicamentosa, al tiempo de tomarse cada baño. Conviene proteger las par-

tes irritadas á efecto, ya de una sustancia grasosa, ya de polvos inertes, tales como los de bismuto, licopodio ó almidon; y si proviene el flujo del útero, poner una bolita de algodon en contacto con el cuello, á fin de impedir que el líquido irritante pueda llegar á la vulva; ó lo que es mejor todavía, taponar diariamente la vagina (despues de lavada perfectamente con la ducha vaginal) con algodon empapado en glicerina, con borax ó acetato de plomo en la proporcion de dos dracmas de estos por cada onza de aquella. Puedo recomendar con entera confianza este último método, ocurriendo advertir, que entre otras ventajas, ofrece las de escusar que la enferma guarde cama, y de proteger la vulva contra el contacto del líquido icoroso, sin poner estorbo á las abluciones y las aplicaciones que han de verificarse en aquella parte. Hé aquí una fórmula que presenta á la vez una inyeccion muy útil para la vagina y una locion para la vulva, en las circunstancias que acaban de enumerarse: suele tener por efecto mitigar algun tanto la comezon miéntras se suprime la causa del síntoma:

℞.	Acetato de plomo,	ʒ iv,[1]	=	16 gramos.
	Acido fénico,	℈ ij,		2 "
	Tintura de opio,	℥ iv,		120 "
	Agua,	Oiv,		2 litros.
	Mézclese.			

Si el prurito reconoce por causa una inflamacion local, esta se combate, ya con cataplasmas de harina de linaza, de papas, ó de polvos de olmo (*ulmus americana*), con la cantidad suficiente de plomo y opio, segun dejámos indicado en otro lugar, ó bien con fomentos de plomo y opio, cuyo último puede sustituirse con la adormidera. Si existe una vaginitis, ó una vulvitis, se alivian en alto grado aplicando á la membrana mucosa de las partes enfermas, una disolucion fuerte de nitrato de plata, con un pincel fino, ó bien tocando ligeramente la superficie con una barrita de dicho mineral, taponando en seguida la vagina con el algodon empapado en glicerina.

Si la causa escitante es una afeccion eruptiva, debe combatirse del modo que dejámos indicado, procurando entre tanto aliviar temporalmente la picazon, aplicando con el pincel la disolucion de nitrato de plata (un gramo en treinta[2]) ó haciendo uso de los ungüentos ó pomadas de creosota, de cloroformo, ó de atropina de la farmacopea de los Estados Unidos. El Dr. Simpson recomienda, una infusion de tabaco, y el Dr. J. C. Osborn,[3] de Alabama dice, en una interesante memoria sobre el uso medicinal de dicha droga, que en esta enfermedad, emplea siempre una decoccion muy cargada, para lavar la vagina y la vulva, y para el ano en casos de *prúrigo podicis*. Segun este autor, y

[1] Véase el Apéndice. [2] Véase el Apéndice.
[3] New Orleans Med. and Surgical Journal, noviembre, de 1866.

mi esperiencia concuerda con la suya, el efecto del tabaco como sedante local es muy eficaz para el alivio de la comezon.

Un hecho interesante, aunque probablemente carece de valor práctico, es el de haberse observado últimamente algunos casos en que se aliviaba aparentemente el prurito con el uso del tabaco fumado. Citaré el ejemplo siguiente. La Sra. W., mujer de temperamento nervioso, se puso en cinta pocos meses despues de su casamiento. Además de la perturbacion ordinaria de los órganos digestivos, empezó muy en breve á esperimentar una comezon intensa en todo el cuerpo. La piel presentaba un aspecto del todo normal ; pero era tal la incomodidad producida por el prurito, que no tardó en determinar espasmos nerviosos. Durante algunas semanas se emplearon en vano todos los remedios posibles, tanto internos como locales. En el sétimo mes del embarazo tomó una infusion de hojas de nogal que le proporcionó cierto grado de alivio ; pero entónces sobrevino una pirosis violenta, acompañada de neuralgia de los nervios dentarios. Para calmar este último dolor, su marido la aconsejó que ensayara el fumar, hízolo así, y cesaron desde luego dolor y comezon. No esperimentó ya mas incomodidad hasta su parto, que tuvo lugar prematuramente á la mitad del octavo mes, de resultas de un susto.

"A los catorce meses, volvió á ponerse en cinta la Sra. W., y en el cuarto se le reprodujeron el prurito y la pirosis ; pero no recurrió inmediatamente al tabaco, que le repugnaba, hasta que, obligada á ello por la exasperacion del mal, empezó de nuevo á fumar un puro todas las noches, con igual resultado que la vez primera." [1]

Para el tratamiento del prurito de la vulva, ninguna aplicacion se ha popularizado en mas alto grado que las disoluciones de sublimado corrosivo. La fórmula siguiente es una de las mejores : [2]

℞. Bicloruro de mercurio,	ʒ ss,		1gr,9
Tintura de opio,	℥ j,	=	31gr,1
Agua,	℥ vij,		217gr,7

Mézclese. Aplíquese esteriormente.

Si el eczema ó el líquen han dado orígen á una inflamacion de la piel y del tejido areolar subcutáneo, se la combate con cataplasmas, etc., como si la enfermedad reconociese por causa la inflamacion local.

Miéntras se emplea este tratamiento curativo y paliativo, debe procurarse el sueño por medio de preparaciones, ya opiadas, ó bien de codeina, cloral, beleño ó clorodina ; mejorando al mismo tiempo el estado general de la enferma á beneficio de tónicos vegetales y minerales, un régimen sano y aire puro.

Hay casos en que el hierro, los ácidos minerales y los baños de mar dan mejores resultados que ningunos otros remedios.

[1] Tribune Méd., enero 31, de 1869 ; Wiener Med. Wochenschrift, Núm. 22, 1869.

[2] Véase el Apéndice.

Cuando la enfermedad depende de una vaginitis crónica, ó de una endometritis (catarro uterino) crónica que haya producido la vaginitis, viene á ser mas bien un prurito de la vagina que de la vulva, en cuyo caso puede ser bastante grave la alteracion, así local como general. En semejantes circunstancias he obtenido escelentes resultados del uso de inyecciones vaginales de salvado repetidas frecuentemente. Recostada la paciente de modo que vengan á quedar las nalgas sobre una tina que contiene tres ó cuatro litros de esta infusion, añadida de siete á ocho dracmas de láudano y de una á dos dracmas de acetato de plomo, se inyecta copiosamente la vagina por espacio de diez ó quince minutos, repitiendo la operacion cuatro ó cinco veces al dia. Dentro de poco tiempo será tan patente el efecto calmante y alterante que ya no reclamará la enfermedad tan asidua atencion.

La infusion de tobaco, y las disoluciones de borax, plomo, alumbre, zinc ó ácido fénico, empleadas de la misma manera, son tambien escelentes remedios. Deben usarse libremente, despues de haberse lavado perfectamente la vagina con agua pura. Una de las grandes dificultades que se tienen que combatir en el tratamiento de esta enfermedad, es la poca eficacia con que se practican las inyecciones. Conviene, pues, recomendar á las enfermas la mayor puntualidad en lo tocante á esto, así como el empleo de los medios que para ello dejaremos indicados mas adelante.

Las fórmulas siguientes [1] se preconizan como eminentemente útiles contra el prurito; y puedo recomendarlas, siéndome conocida su eficacia:

℞. Cloroformo,	ʒ j,	=	4 gramos.
Aceite de almendras,	℥ j,		30 "

Mézclese. Aplíquese á la vulva y á la entrada de la vagina.

℞. Acido cianhídrico diluido,	ʒ ij,		8 gramos.
Diacetato de plomo,	℈ j,	=	1 "
Aceite de cacao,	℥ ij,		60 "

Mézclese. Aplíquese despues de haberse lavado con agua fria.

℞. Locion negra,	Oj,		½ litro.
Biborato de soda,	℥ j,	=	30 gramos.
Sulfato de morfina,	gr. x,		0,6 "

Mézclese. Aplíquese despues de un baño de la parte.

℞. Acido tánico,	gr. c.,		6 gramos.
Estracto de belladonna,	gr. x,	=	0,6 "
Manteca de cacao,	q. s.		c. s.

H. S. A. 20 supositorios vaginales.

Aplíquese uno todas las noches en contacto con el cuello del útero, despues de haberse lavado bien la vagina con una jeringa.

[1] Véase el Apéndice.

Si el prurito es causado por la diabétes, es preciso bañar la vulva perfectamente despues de orinar, cubriéndola y resguardándola con una de las pomadas que dejámos indicadas.

Si se reconoce la existencia del *pediculus pubis* ó el *acarus scabiei*, se dispone una pomada mercurial, no muy fuerte, para el primero; bastando la aplicacion de una pomada de azufre como parasiticida para el segundo.

Yo no he empleado la locion de la fórmula siguiente,[1] pero la recomiendan médicos de conocida habilidad:

℞. Carbolato sulfuroso de zinc,	ʒ j,	=	4 gramos.
Agua destilada,	℥ ij,		60 "

Para aplicar como locion una ó dos veces diarias, despues de haberse lavado perfectamente la parte.

Cuando crecen pelos cortos y duros en la superficie interna, ó mucosa, de los labios, se alivia á la enferma arrancándolos uno á uno á efecto de unas pinzas, sirviéndose el operador de un vidrio de aumento para verlos mejor.

Con el exámen de los métodos de tratamiento que dejamos enumerados para esta afeccion, el lector verá que todos se dirigen á satisfacer la indicacion causal. Nada de empírico debe admitirse aquí.

Hiperestesia de la Vulva.

Definicion.—Vengo á considerar bajo este nombre una enfermedad al parecer insignificante, pero en realidad de mucha importancia, en atencion á su carácter rebelde y la influencia que suele ejercer sobre la imaginacion de las enfermas. Consiste en una sensibilidad exagerada de los nervios de la membrana mucosa de una parte de la vulva; limitándose algunas veces, ya al vestíbulo, ya á uno de los labios menores, ó al meato urinario; y estendiéndose otras á dos ó mas de estas partes al mismo tiempo. Esta afeccion de la vulva, se asemeja mucho al estado hiperestésico que, en los vestigios del hímen, constituye una de las variedades del vaginismo. He observado dos casos en que la hiperestesia interesaba toda la superficie vulvar, ménos los labios mayores, y se propagaba á lo largo de la uretra.

Frecuencia.—Por fortuna, no es muy comun esta enfermedad; pero son bastante numerosos los casos que de ella se presentan para que estrañemos no se la haya descrito con mas detenimiento.

Patología.—No es una verdadera neuralgia, sino, como ya hemos dicho, "un estado de escitabilidad exagerada" de los nervios alterados. No existe inflamacion alguna en la superficie sensible, ni va acompañada de prurito la enfermedad; y el exámen físico no revela sino algunas manchas aisladas de una rubicundez eritemática. El estado de los

[1] Véase el Apéndice.

nervios parece idéntico al que suele presentarse en el cuero cabelludo y en otras regiones de la superficie cutánea. El menor roce causa un dolor vivísimo, y escitacion nerviosa, bastando una corriente de aire fria ó inesperada para incomodar á las enfermas, y siendo del todo insoportable la menor presion de la vulva. De ahí que, aun cuando el orificio de la vagina sea ancho y esté sin lesion, la cópula sea dolorosa; siendo por lo comun esta última circunstancia la primera que decide á la mujer á reclamar la intervencion del arte.

Causas.—La edad crítica ó la época inmediatamente anterior ó posterior á esta, la diatésis histérica ó un estado morboso mental con tendencia á la depresion de ánimo, parecen ser las causas predisponentes. Como causas escitantes, he visto que en algunos casos existen la vulvitis crónica y los tumores irritables de la uretra, y en otros no se puede descubrir la causa.

Síntomas.—A lo espuesto sobre esta materia en la *definicion*, poco tengo que añadir aquí. La paciente acude al médico en busca de alivio, por ser doloroso el cóito, y por existir siempre en la parte afectada cierto grado de malestar que se agrava cuando se la baña y aun por el roce determinado por la progresion. Si á las enfermas se les dirigen preguntas, se las ve en un estado de perturbacion y depresion de ánimo desproporcionado á la importancia de la enfermedad, rayando á veces la preocupacion en monomanía.

Diagnóstico diferencial.—Importa distinguirla de los tumores irritables de la uretra y del vaginismo, lo cual se verifica fácilmente por medio de la inspeccion y el tacto.

Tratamiento.—No es por cierto nada satisfactorio el tratamiento de esta afeccion. En seis casos de carácter marcado que yo mismo observé, no se obtuvo alivio por los medios curativos. Ignoro si al fin se estableció en ellos la mejoría; pero sé que la curacion fué imposible hasta el momento en que yo los perdí de vista. En un caso que el Dr. Metcalfe y yo observámos juntos, la sensibilidad se hallaba circunscrita al vestíbulo, y las aplicaciones de ácido nítrico, para destruir completamente el tapiz mucoso, como tambien los sedativos locales, resultaron ineficaces. En otro, para el cual fuí consultado juntamente con el Dr. Sims, este recurrió en vano á la reseccion de una porcion de los labios menores y de la mucosa de la vulva.

Yo practiqué, en otra ocasion, la reseccion de todo el tejido afectado, el cual no dejaba de ser bastante estenso; y la mujer, esposa de un ministro protestante, se despidió de mí buena y muy regocijada, pero al cabo de seis meses me escribió que padecía mas que ántes de la operacion. El tratamiento que, fundado en mi esperiencia, puedo recomendar, es el de alejar á la enferma de su casa, mandándola á alguna parte donde, á mas de aprovechar los benéficos efectos del cambio de aire, de vista y de costumbres, pueda vivir *absque marito*, haciendo uso de los tónicos generales (arsénico, estricnina, quina y hierro); además

de lo cual, despues de haberse suprimido alguna enfermedad local escitante que exista, tales como la vulvitis y las vegetaciones ó los tumores, se lavan frecuentemente con agua caliente las partes hiperestésicas, haciéndoles aplicaciones, en forma de lociones ó ungüentos, de sustancias calmantes y sedantes, tales como el opio ó una de las sales de este, el ácido fénico, cloroformo ó yodoformo. Hanse obtenido algunas veces buenos resultados de las disoluciones (algo cargadas) de alumbre, tanino y otros agentes análogos.

Mis observaciones de los efectos surtidos por los cáusticos y las operaciones quirúrgicas me inspiran poca confianza en estos medios.

Carúncula Irritable de la Uretra.

Háse descrito tambien esta afeccion con los nombres de *tumores vasculares* y *escrecencias vasculares irritables de la uretra.*

Cerca de los bordes del meato urinario, suelen desarrollarse unos pequeños tumores, que se estienden á veces á cierta distancia al interior, determinando en este canal una gran irritacion sumamente incómoda.

Patología.—Consisten, segun Wedl,[1] en la hipertrofia de las papilas, acompañada de un notable desarrollo del tejido areolar. Estos tumores son muy vasculares, encontrándose en su espesor unos vasos capilares bastante grandes, que se ramifican en secciones trasversales, como las de los *vasa vorticosa* de la coroídea. El Dr. Reid,[2] de Edimburgo, dice que están provistos de abundantes filamentos nerviosos. Estas dos circunstancias esplican dos hechos que se han observado clínicamente, y armonizan con ellas, á saber: que sangran fácil y libremente, y son casi tan dolorosos al tacto como un neuroma. Savage califica de *pseudo-angiomata* estas curiosas escrecencias, y afirma que dentro de ellas se encuentran, llenas de moco, unas cavidades quísticas, probablemente vestigios de glándulas de la uretra.

Causas.—Nada se sabe acerca de la etiología de esta afeccion, sino que se desarrolla con igual frecuencia en las mujeres jóvenes que en las ancianas, en las casadas que en las vírgenes.

Síntomas.—Quéjanse las enfermas del dolor causado por el ejercicio de los deberes conyugales, por el paso de la orina, por la progresion y por el menor roce de la ropa; cuyas circunstancias, unidas á una gran sensibilidad determinada por el calor de la cama, perturban el sueño, y tienen por consecuencia la escitacion nerviosa, el histerismo y un gran abatimiento moral. Cierto es que estos resultados, si bien se presentan en todos los casos, solo en los mas graves se manifiestan tan terribles.

El Dr. T. F. Cock me ha referido un caso, en que el decaemiento de ánimo llegó á un grado tal, que la enferma se suicidó; y he tenido noticia de otro suicidio, debido á la misma causa, y llevado á cabo despues

[1] *Pathological Anatomy.*

[2] Simpson, *Diseases of Women*, p. 276.

de haberse señalado dia para la estirpacion de la escrecencia. De lo dicho no es de inferirse que hay probabilidad de originarse, por estas pequeñas escrecencias, una alienacion mental de carácter grave: no hay tal. Es muy probable, sí, que se presente en algun grado, y en los casos en que son grandes los padecimientos puede tomar una forma bastante grave. El caso que cito á continuacion dará una idea del dolor que algunas veces se esperimenta al orinar. "La mujer de un pastor que tenia una de estas carúnculas sensibles en el orificio de la uretra, me dijo que, tan doloroso le era el paso de la orina, que se alejaba siempre á cierta distancia de su casita para orinar, á fin de poder quejarse á gritos sin ser oida por los miembros de su familia." [1]

Signos Físicos.—Habiendo colocado de espaldas á la paciente, doblados los muslos, y separadas las rodillas, se observará en el meato urinario una escrecencia vascular rubicunda, cuyo tamaño varía del de un hueso de cereza al de un huevo de gallina, pudiendo, segun dice Scanzoni, hasta alcanzar al volúmen de un huevo de gansa. A veces, en lugar de una sola, hay varias, muy pequeñas, que se estienden alrededor del meato ó en el interior del canal. Cuando este último se halla invadido, la curacion es siempre muy difícil, porque no pueden alcanzarse fácilmente las vegetaciones morbosas.

Diagnóstico diferencial.—Esta enfermedad solo puede confundirse con el prolapso de la uretra, ó ranversamiento del tapiz mucoso de este canal, ó con las vegetaciones sifilíticas de carácter verrugoso. Con un exámen atento se la distingue fácilmente del primero; y cuando se presentan las últimas, se las ve tambien en otras partes de la vulva. Además, ni una ni otra de estas dos condiciones son con mucho tan molestas y dolorosas como la que nos ocupa.

Curso y Duracion.—Es imposible fijar límites á la duracion de estas escrecencias, abandonadas á sí mismas. He observado que pueden continuar durante años, sin tomar incremento, manteniéndose pequeñas, pero siempre sensibles y fastidiosas en sumo grado.

Pronóstico.—Cuando existe una sola carúncula de tamaño algo regular, puede esperarse el alivio casi con seguridad estirpándola; pero es muy dificultosa la curacion si el meato se halla rodeado de un gran número de pequeñas escrecencias vegetativas y fungosas que se estienden por la uretra, pues no bien se las ha estirpado, son reemplazadas por otras nuevas, merced al proceso morbífico de desarrollo. Una circunstancia desagradable de estos casos es la de la hiperestesia nerviosa que, determinada por las escrecencias, persiste indefinidamente despues de la supresion de ellas. Debe, pues, ser circunspecto el cirujano en sus promesas, sin que por ello deje de recomendar con insistencia la operacion, como la única esperanza de obtener un alivio inmediato y prevenir mayores males para en lo sucesivo.

Tratamiento.—Acostada la enferma, con los muslos en flexion, y

[1] Simpson, obra citada.

separadas las rodillas, se la somete completamente al sueño anestésico, ántes de proceder á la operacion. Un ayudante en cada lado separa los labios, el operador coge el tumor con unas pinzas ó tenacillas, y tirándolo suavemente hácia sí, le corta en el punto de insercion con unas tijeras. En caso de seguirse una hemorragia muy abundante, lo cual es muy probable, se la contiene secando bien la herida, y cauterizándola con el ácido nítrico concentrado ó con el nitrato de plata fundido. Si esto no produjese el resultado apetecido, se mantienen en contacto los bordes por medio de la sutura.

Cuando se tiene á mano el instrumento necesario, puede efectuarse muy bien este procedimiento por la cauterizacion galvánica, por cuyo medio no solo se previene la hemorragia, sino que se cauteriza eficazmente la base, impidiendo que el tumor se reproduzca.

Cuando se halla invadida la uretra, debe dilatarse completamente el canal por medio de retraedores pequeños introducidos por los ayudantes, y una vez espuestas á la vista las escrecencias, se escinden con unas tijeras, ó se arrancan con una cucharilla de acero, cauterizando en seguida cuidadosamente sus bases, con el ácido nítrico, el nitrato de plata, ó lo que es preferible como preventivo, por medio del cauterio actual.

Angioma Venoso de la Uretra.

Esta es una enfermedad del tubérculo uretro-vaginal, ó mitad anterior del septo uretro-vaginal. Suele alcanzar grandes dimensiones, sobresaliendo fuera de los labios. Se distingue de las carúnculas irritables, ó escrecencias vasculares, por la falta de sensibilidad.

Segun dice Savage,[1] es el resultado de una congestion venosa semejante á la que produce el priapismo.

El tratamiento es idéntico al indicado en las carúnculas de la uretra.

Prolapso de la Uretra.

Este accidente, que se ha descrito tambien bajo los nombres de *procidencia* y *eversio urethræ*, consiste en la caida de la membrana mucosa de la uretra, acompañada de proliferacion del tejido areolar subyacente. No se observa con frecuencia, pero á veces suele causar una gran irritacion de la uretra y la vejiga que nos hace diagnosticar erróneamente la carúncula irritable. Yo lo he observado solo en las adultas de constitucion débil y edad avanzada ; pero Guersant en la *Revue de Thérapeutique*, dice haberlo encontrado en quince casos de niñas de dos á doce años de edad. El diagnóstico no es difícil. Se observa alrededor del meato una prominencia rosada, sensible al tacto, y que sangra con facilidad. Las únicas afecciones con que puede confundírselo son la carúncula irritable, el pólipo de la uretra, y el angioma venoso ; pero de todas estas es fácil distinguirla, pues por medio de un

[1] Savage, obra citada.

exámen atento se ve que está completamente rodeado el meato, al cual aquellas no circuyen sino en parte. La escesiva sensibilidad de la carúncula irritable no es signo diferencial absoluto: yo mismo la he visto desarrollarse marcadamente en casos de prolapso de la uretra.

Esta lesion puede existir durante algun tiempo sin presentar síntoma alguno; si bien generalmente no tarda mucho en causar dificultad y dolor al paso de la orina, siguiéndose el prurito de la vulva, y el flujo leucorréico.

Tratamiento.—El método mas simple de tratamiento consiste en asegurar con unas pinzas dentadas la parte relajada, tirándola suavemente, y cortándola con unas tijeras corvas. La hemorragia que resulta se contiene fácilmente aplicando contra la parte cortada una planchuela de hilas ó de algodon, empapada en una disolucion de persulfato de hierro, (1 parte por 3,) y ejerciendo presion con el dedo durante algunos minutos. Si debe durar mas tiempo la compresion, se continúa con un vendaje de T.

Si la mucha vascularidad hiciese temer la hemorragia, se puede emplear con ventaja el ingenioso método de Sequin, que consiste en introducir en la vejiga una algalia de mujer, á la que se liga la parte en estado de prolapso, á fin de estrangularla completamente. La algalia permanece *in sitû* hasta separarse por la mortificacion de la parte ligada. En un caso obtuve de la manera siguiente la perfecta curacion. Tirando hácia abajo el tejido relajado, hice pasar á traves de su base una ligadura doble de seda, atando en seguida las dos mitades.

Hay otra operacion que me parece preferible á las que anteceden. Tirando hácia abajo la parte caida, se la rodea con un alambre de platina, estirpándola por medio de la cauterizacion galvánica, y manteniendo una algalia en la vejiga por algunos dias, si es menester.

Cocciodinia.

Esta enfermedad consiste en un estado morboso del coccix ó de los músculos en él insertados, que hace muy dolorosas las contracciones de aquellos y los movimientos del hueso. Se presenta con frecuencia, habiéndose observado muchos casos por médicos que, ántes de haberse fijado en la naturaleza de esta afeccion, no la habían mirado como enfermedad especial.

Historia.—Fué descrita por primera vez en 1844, por el Dr. Nott, de esta ciudad, quien dió á luz la relacion de un caso que me parece oportuno trascribir en este lugar, por cuanto en ella van espuestos cabalmente los síntomas y el tratamiento de dicha enfermedad.

"*Estirpacion del hueso Coccix en la Neuralgia.*—La Señorita ——, de 25 años de edad, había tenido, desde hacía diez meses, muy mala salud, y padecido una neuralgia que habían tratado de curar, en primer lugar, un médico muy conocido de Charleston, y despues el Profesor Jones, de Nueva Orleans. Cuando se sometió á mi asistencia, en junio,

de 1843, se hallaba en un estado deplorable, quebrantada su salud general, y agotadas sus fuerzas. Padecía además dispepsia, con frecuentes dolores de cabeza, y una menstruacion penosa, aunque regular; tenía un dolor muy vivo en el coccix, y dolores en el útero, la vagina, el cuello de la vejiga y la espalda. *El síntoma mas marcado era un dolor terrible en la estremidad inferior del coccix, que se hacía intolerable al sentarse, al andar, al evacuar el vientre y en fin con el menor movimiento ó presion comunicada, de cualquier modo que fuera, al mencionado hueso.* En vista de síntomas tan estraños, sospeché la presencia de una lesion orgánica en la inmediacion del coccix; y supe por la enferma que, cuatro años ántes, se había caido, recibiendo un golpe en el coccix, que le había causado mucho dolor entónces, y por espacio de muchas semanas, disipándose con el tiempo, para volver á presentarse diez meses ántes de la consulta. Este hecho no se había puesto en conocimiento de los médicos que la asistieron anteriormente.

"Yo le dije, que, habiendo agotado aquellos todas las sustancias de la materia médica tratando de aliviarla, me parecía conveniente que se sometiese á un exámen, con objeto de averiguar si el coccix, ya por alguna enfermedad, ya por una luxacion, no daba lugar á la irritacion de uno ó mas nervios inmediatos. Consintió gustosa la enferma, y al examinar el espinazo, no encontré sensibilidad ninguna importante, hasta llegar al coccix, en tocando el cual, dió la mujer un grito de dolor. Propuse desde luego la estirpacion del hueso, como única esperanza de alivio, y la enferma, deseosa á todo trance de poner término á sus largos padecimientos, me dijo al instante que yo hiciese cuanto tuviera por conveniente para aliviarla.

"El dia 2 de julio, pues, hice una incision en los tejidos que cubrían el hueso, desde su estremidad inferior hasta dos pulgadas mas arriba de esta, procediendo en seguida sin gran dificultad á la desarticulacion de las dos piezas inferiores del coccix. Concluida la operacion, examiné los huesos y ví que uno de ellos estaba completamente ahuecado por la cáries. Los nervios manifestaban una sensibilidad suma; y la operacion, aunque corta, fué una de las mas penosas que jamas he practicado. Por espacio de muchas horas despues, fueron vivísimos los dolores, presentándose de una manera intermitente cada diez ó quince minutos, y acompañados de una sensacion semejante á la de los pujos del trabajo del parto. En vano se administraron morfina y otros anodinos: ningun alivio produjeron; pero fueron siendo cada vez ménos vivos los dolores, hasta que por fin desaparecieron por completo, cicatrizó la herida, y al cabo de un mes no existía ya vestigio de la enfermedad local, habiéndose mejorado notablemente la salud general." [1]

A pesar de haber consignado el Dr. Nott, en la relacion que acabamos de leer, todos los síntomas de esta afeccion hasta hoy conocidos, como tambien el tratamiento, quedó olvidado el asunto hasta 1861, en

[1] *N. O. Med. Journ.*, mayo, de 1844.

cuyo año fué descrita nuevamente la enfermedad por Simpson,[1] de Escocia, quien le dió el nombre que hoy lleva, y por Scanzoni, de Alemania. Hé aquí, pues, otro de los numerosos ejemplos que se presentan del olvido, durante muchos años, de una valiosa contribucion á la ciencia. Tratándose de asuntos de tan vital interés, á buen seguro que sacar del olvido lo que en él quedaba enterrado es tan meritorio como el haberlo descubierto primitivamente.

Anatomía.—El coccix sirve de punto de insercion á los ligamentos sacro-ciáticos mayores y menores, los músculos isquio-coccígeos, el esfínter y los elevadores del ano, y algunas de las fibras de los músculos glúteos. Estos se ponen en accion por medio de ciertos movimientos, como el de levantarse de un asiento, el defecar, etc., y en la ejecucion de estos actos es que se revela la existencia de la cocciodinia.

Patología.—Segun mi esperiencia el dolor característico de esta enfermedad puede atribuirse á diversas causas. En un caso en que estirpé el coccix, provenía de una fractura recibida en la niñez y acompañada de una dislocacion que había desviado hácia adentro aquel hueso, haciéndole formar un ángulo recto con el sacro. En otro, existía la cáries, como en el caso del Dr. Nott; y aun en otro mas no pudo descubrirse condicion anormal alguna. En casos como este último, el dolor es debido probablemente á la sensibilidad exagerada de los tejidos fibrosos que rodean el coccix, ó del que forma las espansiones tendinosas de los músculos, siendo á veces de carácter reumático, segun indicacion del Dr. Simpson; aunque yo creo que por lo comun es debido á un estado neurálgico, producido por enfermedades del útero ó del ovario, cuyo resultado ordinario es es la cocciodinia.

Puede sentarse como regla general, que cuando el hueso no se halla agitado por la contraccion de los músculos, ningun dolor se siente; escitándose este en cuanto se verifica una contraccion muscular para producir un movimiento.

Causas.—Esta enfermedad es mas frecuente en las mujeres que han parido, aunque no deja de presentarse en las nulíparas. Dos veces la he observado en jóvenes solteras, y Herschelman hace mencion de dos casos en niñas de cuatro á cinco años.

Sus causas principales son:—

Golpes y caidas sobre el coccix;
Lesiones producidas durante el parto;
La influencia del frio y de la intemperie;
Las enfermedades uterinas y las del ovario;
La equitacion.[2]

[1] En la edicion dada á luz por el Profesor Alejandro Simpson de la obra póstuma de Sir James Simpson sobre las *Enfermedades de las Mujeres*, hállase usada la voz *coccigodinia*. En las Lecciones Clínicas del mismo autor, publicadas en Filadelfia en 1863, se encuentra el nombre que yo adopto aquí.

[2] Segun Scanzoni.

Courty menciona el caso de una enferma que tenia la costumbre singular de dormir con las nalgas descubiertas y el sacro pegado á la pared. En nueve de los casos observados por Scanzoni la enfermedad fué consecutiva al parto; en cinco, al uso del fórceps; y en dos, el ejercicio á caballo fué la única causa que pudo descubrirse.

Síntomas.—La enferma esperimenta un dolor vivo en el coccix al sentarse, al levantarse, durante la defecacion, ó al hacer algun esfuerzo, y en algunos casos es tal su intensidad que se teme escesivamente cualquier movimiento violento ó repentino, miéntras que en otros no puede sentarse la enferma á causa del malestar que resulta de la compresion del hueso; pero el esfuerzo mas penoso es el de levantarse de un asiento bajo, para lo cual tiene la enferma que ayudarse en cuanto le sea posible con las manos, apoyándose con ellas en los bordes de la silla ó banqueta.

Diagnóstico diferencial.—Las únicas condiciones con que se puede confundir esta afeccion son las hemorróides dolorosas, la fisura del ano, y un estado espasmódico de los músculos de esta parte causado por la presencia de ascárides en el recto; con un exámen físico atento y completo es fácil distinguirla de todas ellas.

Pronóstico.—La cocciodinia persiste á menudo durante años, molestando y angustiando á su víctima, sin producir, sin embargo, ninguna alteracion profunda de la salud ó la constitucion. Abandonada á la naturaleza, podría, andando el tiempo, desaparecer por sí sola; pero es de suponer que sería largo su curso sin la intervencion del arte.

Tratamiento.—Si, como sucede con frecuencia, la lesion es causada por una enfermedad uterina, no desaparecerá ántes de haberse suprimido esta última. En casos poco graves, puede obtenerse la curacion á beneficio de los vejigatorios y el uso endérmico de la morfina; pero, si esto no basta, conviene acudir á un método curativo radical, como, por ejemplo, la division de los músculos enfermos ó la amputacion del hueso en que tienen su insercion. El primero, de estos métodos, debido al Dr. Simpson, consiste en dividir las adherencias de todos los músculos coccígeos: el segundo, en la amputacion del hueso mismo, segun el modo indicado por el Dr. Nott.

La primera operacion puede practicarse subcutáneamente con un tenótomo ordinario. Se introduce de lado la cuchilla, por debajo de la piel, en la estremidad inferior del coccix dirigiéndola hácia arriba, entre la piel y el tejido celular, hasta llegar la punta á la articulacion sacro-coccígea; virando entónces el instrumento de modo que divida, al sacarlo, toda adherencia muscular con el coccix. En seguida se introduce el tenótomo en el lado opuesto, á fin de repetir allí la division. Como sucede comunmente en las operaciones subcutáneas, no hay hemorragia, á ménos que se haya herido algun vaso grande. Una vez solamente he recurrido á este método, que me pareció tan difícil de practicar como ineficaz para proporcionar alivio.

La seccion subcutánea de los músculos insertados en el coccix, no es tan fácil en las mujeres gordas como sin duda podría creerse ántes de haberse hecho el ensayo. En estos casos se simplifica la operacion y se hace mas segura, al mismo tiempo, incindiendo los tejidos sobre el coccix, hasta llegar á él, elevando con el dedo la estremidad espuesta del hueso, y cortando los músculos con unas tijeras. Este procedimiento, en los casos en que realmente se requiera, es á la vez fácil de practicar y seguro en cuanto al resultado.

Cuando el hueso se halla enfermo, no se logra el deseado objeto practicando la seccion de los músculos. Se hace entónces una incision sobre el coccix dividiendo todas sus adherencias, y se le estirpa completamente con unas tenazas, ó bien se le desarticula con una bisturí, como lo practicó el Dr. Nott, en el caso que dejámos referido. Puede prometerse con entera confianza la curacion por uno ú otro de estos dos métodos, y como ninguno de ellos es peligroso, nuestros recursos para el tratamiento de esta enfermedad pueden considerarse como bastante satisfactorios.

Como quiera que se presentan muchos casos insignificantes de cocciodinia que no requieren otro remedio que el tiempo y un tratamiento paliativo, importa no usar demasiada precipitacion en recomendar la operacion.

Hemos estudiado las afecciones mas frecuentes é importantes de la vulva. Otras hay que hemos silenciado, por cuanto tienen los mismos característicos que las demas condiciones análogas que se manifiestan en otras partes del cuerpo.

Los órganos genitales esternos pueden ser el sitio de tumores de grandes dimensiones. Por ejemplo, hay tumores causados por la hipertrofia del clítoris ó de las ninfas, un lipoma de los labios mayores, y quistes de mucho volúmen adheridos á las partes por medio de pedículos. Tambien se desarrollan con frecuencia en aquellos órganos enfermedades malignas, que siguen su curso natural, como cuando ocurren en otras regiones.

CAPÍTULO V.

RASGADURA DEL PERINÉ.

Anatomía.—Al conocimiento poco exacto de la anatomía de la region en que se opera, se deben en gran parte las dificultades que se esperimentan en la reparacion de este accidente. La definicion del periné como parte formada por la union de los tendones de cierto número de músculos, entre la horquilla y el ano, da lugar á deducciones erróneas. Si la parte superficial indicada por esta definicion, se reuniese á efecto de una operacion reparativa, muy poco valdría el resultado, pues la fuerza de resistencia del periné no reside en dicha parte superficial, sino en el triángulo macizo y sólido, llamado *cuerpo perineal*, que tiene por base la superficie muscular mencionada, y cuyo vértice se estiende hácia arriba hasta el punto de divergencia de las paredes anterior del recto y posterior de la vagina.

La vagina y el recto se dirigen juntos y en un mismo plano hácia la abertura inferior de la pélvis; y se separan mas arriba del periné, encorvándose la primera hácia adelante, para adaptarse á la curva pelviana, y el segundo, ligeramente hácia atras en direccion del coccix. De este modo se forma un triángulo irregular que tiene por base el periné y cuyos lados son respectivamente la pared posterior de la vagina y la anterior del recto. Este triángulo, cuya base es la union de tendones musculares, está compuesto de tejido fibro-elástico y vasos sanguíneos. Descansando uno de sus costados sobre el recto, el otro, da fuerza, elasticidad y firmeza directamente á la pared posterior de la vagina, y empujándola contra la anterior, la hace servir de apoyo á esta y á la vejiga sobrepuesta. Las Figs. 22 y 23 representan las relaciones del cuerpo perineal, y el efecto determinado en las paredes vaginales por la falta de dicho cuerpo. Suprimido, pues, este último, la pared anterior ó superior de la vagina, privada de apoyo, cae, presentando un estado de prolapso, acompañado del cistocele. La pared posterior se desvía de su direccion normal, y en vez de encorvarse adelante, hácia la vulva, se dirige en línea recta hácia el ano. Este cambio de direccion,

junto con la falta del apoyo que le prestaba el cuerpo perineal, fuerte y elástico, da por resultado la caida hácia adelante de la pared posterior, siguiéndose muy en breve el prolapso de esta tambien, y la dislocacion del útero, como consecuencia inevitable.



Fig. 22.—El cuerpo perineal en su estado normal, sosteniendo ámbas paredes de la vagina.



Fig. 23.—Supresion del cuerpo perineal por la rasgadura: falta de apoyo de ámbas paredes vaginales.

Si, hallándose en el decúbito dorsal una mujer con el periné intacto, se le introduce en la vagina un dedo, este, al recorrer la sustancia perineal, apoyará fuertemente contra la pared vaginal superior. Al retirar el dedo, las paredes desunidas entre sí volverán á ponerse en contacto inmediato, elevándose la pared posterior. Si la sustancia perineal ha perdido su fuerza, se notará que no existe semejante impulso de abajo hácia arriba, y que es ménos íntima la aproximacion de las paredes vaginales entre sí.

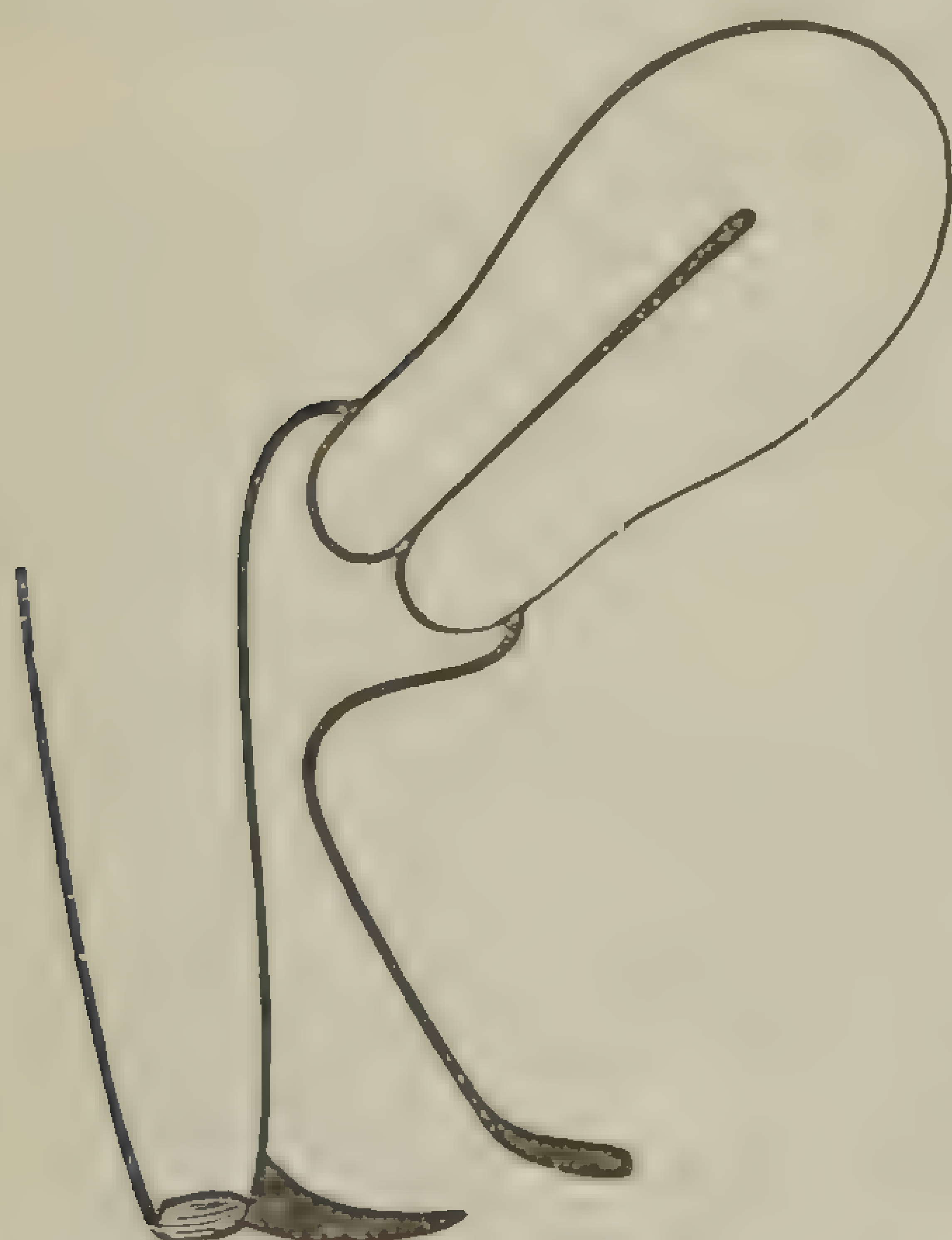


Fig. 24.—Periné mal reparado. La sustancia perineal no repuesta en su sitio. Paredes vaginales no sostenidas.

Concluida la operacion para la reunion del periné rasgado, deberá hacerse un exámen de esta naturaleza. Si se ve que el impulso de abajo hácia arriba de la sustancia perineal es suficiente para poner á la pared vaginal posterior en contacto con la anterior, se habrá conseguido el objeto de la operacion. En el caso contrario, las dos paredes carecerán de apoyo, por mas que la superficie del periné, base del triángulo perineal, se

haya reunido y parezca perfecta. Este último resultado engañará á la enferma, y tal vez al mismo cirujano, con falsas esperanzas: solo el primero ofrecerá futura inmunidad de los peligros de prolapso vaginal y de las consecuencias de este.

Variedades.—Todos los casos pueden clasificarse como:—

Rasgadura completa ó Rasgadura parcial.

Estas incluyen los siguientes grados de destruccion:—

1°. Rasgadura superficial de la horquilla y del periné, sin interesar los esfínteres;

2°. Rasgadura hasta el esfínter del ano;

3°. Rasgadura que interesa el esfínter del ano;

4°. Rasgadura que interesa el esfínter del ano y el tabique recto-vaginal.

Una rasgadura completa presenta tan grandes inconvenientes, que muchos médicos miran la parcial como una circunstancia de poca entidad; y lo es en efecto si se confrontan ámbos casos; pero la rasgadura parcial puede determinar con tanta facilidad el prolapso de una de las paredes vaginales ó de las dos, que es preciso no tenerla jamas por de poco momento. No bien se ha verificado este prolapso, vienen á ser casi inevitables las perturbaciones uterinas, vesicales y rectales.

Los daños que resultan de la rasgadura parcial no son en manera alguna insignificantes, pero son mas remotos y mas llevaderos que los que vienen en pos de la rasgadura completa. Cuando se ha rasgado de parte á parte el esfínter del ano, y mas notablemente aun, cuando se ha roto la pared rectal, se observa la incontinencia de las materias fecales y de los gases rectales en términos de acibarar la existencia de la infeliz paciente. Las consecuencias de la rasgadura del periné pueden presentarse así:—

Subinvolucion de la vagina;
Prolapso de la vagina, con cistocele ó rectocele;
Prolapso del útero;
Incontinencia de las materias fecales y de los gases intestinales;
Prolapso del recto.

De las tres primeras de estas consecuencias pueden resultar ámbas variedades de rasgadura—completa y parcial; las dos restantes no pueden ser determinadas sino por la completa. Aun cuando los dos canales se hallan reducidos á uno solo, es sorprendente á veces ver lo insignificante de los padecimientos; si bien la posicion de las enfermas en semejantes circunstancias suele ser verdaderamente deplorable. Escápanse las materias escrementicias y los gases, pues nada hay que los retenga; y el útero, la vagina, la vejiga, y el recto tienden tan fuerte-

mente á descender, que el movimiento, los esfuerzos musculares ó el tenesmo producen postracion y languidez, dolores de la pélvis y estiramiento de los ligamentos anchos. En algunos casos es tan grande la perturbacion de las funciones, que la desventurada mujer se ve un objeto de aversion para sus compañeras y de repugnancia para su marido.

Yo no he visto jamas aludir á la subinvolucion de la vagina como causa de la rasgadura del periné; pero veo coexistentes estas dos condiciones muy á menudo para poderlas considerar como una simple coincidencia. "*Las paredes musculares de la vagina*, dice Savage, *no son separables en zonas ó capas. Los dos tercios del espesor de la vagina variando de $\frac{2}{3}$ de línea por arriba á $\frac{5}{6}$ por abajo, se hallan constituidos de este tejido muscular, consistiendo el tercio interno en una túnica de membrana celular densa que le está unida inseparablemente.*"

Los elementos elásticos contractiles de este canal son, en lo tocante á la estructura, idénticos á la fibra uterina; verificándose en ellos el desarrollo del mismo modo que en los del útero bajo el estímulo de la gestacion. Esperimentan igualmente una metamórfosis retrógada despues del parto; y así como este proceso es impedido frecuentemente por la rasgadura del cuello, así tambien lo es en la vagina por la rasgadura del periné. Cada cual puede invocar la esperiencia propia en cuanto á la frecuencia de la subinvolucion de la vagina como concomitante de la rasgadura del periné. Podrá objetarse que la segunda resulta de un parto laborioso, particularmente cuando fué necesaria la aplicacion de instrumentos, lo cual puede dar orígen á ámbas condiciones. Examinando la historia de los casos, se verá que esto no es exacto, habiéndose producido en casos de partos rápidos y espontáneos. Podrá objetarse además, que el prolapso de la vagina, consecuencia de la desgarradura, provoca un desarrollo escesivo de las paredes vaginales; pero las dos cosas en cuestion coexisten casi tan frecuentemente cuando la rasgadura perineal no ha producido prolapso de la vagina, como cuando esto último ha sucedido.

Causas.—Las causas comunes de la rasgadura del periné son:—

El parto;
El paso de un tumor grande;
El uso del fórceps;
El parto manual;
La craniotomía;
Lesiones por caidas ó golpes.

En las obras de obstetricia se hallarán descritos con menudencia este accidente y los medios que pueden adoptarse para impedirlo. Todo cuanto importa establecer aquí es, que el parto es la gran causa escitante del accidente, el cual por otra parte casi nunca se presenta en las mujeres nulíparas, excepto despues de la estirpacion de tumores grandes por la vagina.

Pronóstico.—En un caso de rasgadura incompleta de carácter insignificante, en que ni el esfínter de la vagina ni el del ano tienen lesion, no resultará probablemente ninguna condicion grave. Aunque, presentándose, como se presenta la herida casi siempre, inmediatamente despues del parto, hay poca probabilidad de verificarse la curacion por primera intencion, bien puede efectuarse por granulacion, sin mas auxilios que el mantener unidos los muslos á efecto de vendajes, y procurar la constipacion mediante el opio.

Los grados primero y segundo del accidente tienen casi siempre consecuencias de poco momento, y frecuentemente pasan desapercibidos tanto por la enferma como por quien la asiste. El tercero es de mucha mas entidad, y en manera alguna susceptible de curar espontáneamente; y el cuarto representa la forma mas grave de la condicion.

Cuanto mas grande sea la herida, tanto mas difícil será la curacion espontánea y tanto mas probables los resultados que dejámos enumerados; pudiendo afirmarse de una manera general, que en los casos en que no hay division completa del esfínter del ano, puede obtenerse la curacion sin ayuda de la cirujía, y que no sucede así con las rasgaduras que reducen los dos canales á uno solo. Hay quien asegure haber visto ejemplos de curacion espontánea, aun cuando fué completa la desgarradura; pero semejantes afirmaciones necesitan confirmarse. Peu[1] declaró una vez haber visto restablecerse perfectamente una mujer que se hallaba en este estado, y en quien las materias fecales salian involuntariamente. De la Motte asegura que treinta años mas tarde examinó á la enferma de Peu, y supo que no se había obtenido la curacion.

Tratamiento en el momento del accidente.—Si se trata de una rasgadura parcial, para la cual no se tiene por conveniente recurrir desde luego á la sutura, debe siempre procurarse asegurar la union de los labios de la herida por los medios siguientes. Lavada primeramente la herida, con objeto de separar los coágulos sanguíneos, que pudieran estorbar la reunion, se juntarán los muslos, manteniéndolos así á efecto de un vendaje alrededor de las rodillas. En seguida se colocará á la enferma en el decúbito lateral de costado, de modo que los loquios se derramen por la comisura superior de la vagina y no se pongan en contacto con la superficie viva. Se administrará el opio para producir la constipacion, se mantendrá vacía la vejiga á beneficio de la sonda; y cada veinte y cuatro horas la enferma se pondrá en el decúbito dorsal, á fin de que se le pueda lavar con inyecciones de agua tibia la vagina, con la mayor precaucion y suavidad. Se continuará esto durante diez ó doce dias, por si se verificare la reunion; lo cual, por desgracia, en los mas casos no sucederá.

Tiempo para la operacion.—Sobre este punto no están acordes los autores, siendo de parecer algunos que se debe obrar inmediatamente,

[1] Velpeau, Traité de l'Art des Accouchements, vol. ii., pág. 639.

otros que se debe retardar la operacion hasta que hayan desaparecido por completo los efectos del parto, otros en fin, transigiendo sobre la cuestion, prefieren aguardar solo unos cuantos dias. A la primera categoría pertenecen Baker Brown, Demarquay, Scanzoni, Simon, y otros no ménos notables. Hé aquí el modo claro con que Scanzoni presenta las ventajas de la intervencion inmediata: "*Debe practicarse la operacion inmediatamente despues del parto, porque sangrando entónces los labios, será mas fácil su reunion, y no teniendo que avivarse los bordes, el procedimiento es mas simple y ménos peligroso.*" Los peores casos que encontramos son por lo comun los producidos por el parto instrumental ó manual; y cuando se descubre la existencia de la rasgadura, la enferma se halla las mas veces en un profundo sueño anestético. Todo operador en semejantes circunstancias debe estar pronto para remediar la lesion; por cuanto, ó tiene buen éxito la operacion y se evitan á la paciente muchos padecimientos, ó resulta ineficaz y el estado general de la mujer no puede por ello empeorarse en lo mas mínimo. Por cuyo motivo, ninguna caja de instrumentos quirúrgicos puede tenerse por completa como no contenga agujas de sutura para practicar la mencionada operacion. En numerosos casos he recurrido desde luego á la operacion, y, fundado en mi esperiencia, me inclino á adoptar siempre este sistema, á ménos que la rasgadura interese el esfínter del ano y el tabique recto-vaginal, en términos de hacer la operacion larga y difícil, ó de asegurar el derrame del flujo loquial por entre los labios de la herida. Entre los votos contrarios á la operacion inmediata, se cuentan los de Roux, y de Velpeau; miéntras que Nélaton, Verneuil, y Maisonneuve opinan que se debe aguardar algunos dias, hasta que la hemorragia haya cesado completamente, y se hallen cubiertas de granulaciones[1] las márgenes de la herida. Hay tres circunstancias que tienden á comprometer el buen éxito de la operacion inmediata, á saber: 1ª. Muchas veces, la ejecutan personas no acustumbradas á practicarla; luego, siendo la operada una mujer recien-parida, está espuesta al peligro de una hemorragia *post-partum*, y rodeada de amigos ansiosos, es probable que se concluya la operacion con demasiada premura. 2ª. El flujo loquial, pasando constantemente sobre los labios de la herida, penetra fácilmente en esta é impide la reunion. 3ª. Teniendo la mujer que estar acostada, por motivos dependientes del parto, y servirse del bacin, la orina, goteando sobre la herida, puede entrar en ella con los loquios y estorbar la adhesion.

Mi consejo y práctica relativamente á esta cuestion son por la reunion inmediata de las partes desgarradas, para mayor ventaja de la enferma. Si no se alcanza un feliz éxito, sin embargo, jamas se debe intentar otra operacion (á ménos de existir razones especiales y poderosas para ello), hasta despues de haber superado la paciente todos los efectos del parto. Esto no tendrá lugar sino á los dos ó tres meses del

[1] Wieland and Dubrisay, French Trans. of Churchill on Dis. of Women.

parto: inmediatamente despues de este, hay una razon para operar que quince dias mas tarde ya no existe.

Tratamiento de los casos en que la cicatrizacion ha tenido lugar.—La operacion mas generalmente adoptada en el dia para estos casos y que se designa con el nombre de *perineorrafia*, consiste en la avivacion de las orillas de los labios de la herida y la reunion de estos por medio de la sutura. Aunque los antiguos describieron el accidente para el cual se ha instituido este procedimiento, no se había recomendado ningun método quirúrgico de tratamiento hasta la época de Ambrosio Paré. Este recomendó la sutura, cuyo uso fué adoptado por su discípulo Guillemeau, y mas tarde por De la Motte, Saucerotte, Trainel, Noël y otros. Dieffenbach la empleó con buen éxito, añadiendo á la operacion incisiones laterales oblicuas, que comprendian la piel y el tejido areolar, con objeto de mitigar la tension de las partes unidas por la sutura.

Hácia el año 1832, Roux, de Paris, obtuvo resultados los mas brillantes con esta operacion, debiéndosele á él, probablemente mas que á nadie, la elevacion de aquella al rango de verdadero procedimiento quirúrgico. Él empleó la sutura enclavijada obteniendo la curacion de cuatro de los cinco primeros casos operados. A pesar del buen éxito obtenido en Francia en aquella época, vemos á los autores ingleses, aun los que escribieron en 1852 y 1853,[1] dudar de la eficacia de la sutura, y aconsejar que la asistencia médica se limitase á ayudar los esfuerzos de la naturaleza. En estos últimos años se han hecho grandes adelantos en la operacion por Brown en Inglaterra; Verneuil, Laugier, Demarquay y otros en Francia; Langenbeck, y Simon, en Alemania; y Sims, Emmet, Bozeman, Agnew, y Thompson, en los Estados Unidos.

Son muy numerosas las variedades de la operacion que hoy se presentan á la práctica, para que sea necesario mencionarlas. Los principales puntos en que no están acordes los operadores, son los siguientes. Algunos incinden los tejidos á lo largo del periné, ó del mismo esfínter del ano, y usan la sutura enclavijada; miéntras que otros no hacen *incisiones libertadoras*, como las llaman los franceses, y emplean la sutura entrecortada. Las variedades de la operacion con la sutura enclavijada son modificaciones del procedimiento de Roux; y las de la sutura entrecortada, con hilos de plata, pertenecen al de Marion Sims. Al describirlas no me haré partidario de ningun método en particular; presentaré solamente los que he escogido como mejores en mi práctica; aludiendo despues á ciertas modificaciones especiales recomendadas por diversos operadores.

Modo de disponer á la paciente.—Debe examinarse solícitamente en qué estado se halla la salud general. Si esta es mala, se demorará la operacion, sometiendo á la enferma al uso de los tónicos, y poniéndola en las mejores circunstancias higiénicas. Se mantendrá libre el vientre, por

[1] Baker Brown, Surgical Diseases of Women.

medio de laxantes suaves, durante una semana ántes de la operacion, para que despues de esta no sea comprometida la curacion por el descenso de escíbalas, que no hayan sido espulsadas á efecto de un catártico administrado veinte y cuatro horas ántes de operar. Este punto es de la mayor importancia y no debe descuidarse. Con este motivo puedo recomendar las fórmulas [1] siguientes, no solo para esta, sino para otras operaciones que deben ser seguidas de constipacion intestinal :—

℞.	Sen,	℥ j,	} =	30 gramos.
	Anis,	℥ j,		30 "
	Agua hirviendo,	Oj,		½ litro.
Hágase infusion, cuélese, y añádase.				
	Cremor tártaro,	℥ j,		30 gramos.

Mézclese. Para tomar una copita de las de vino al levantarse por la mañana.

℞.	Crema de azufre,	℥ j,	} =	30 gramos.
	Crémor tártaro,	℥ j,		30 "
	Confeccion de sen,	℥ j,		30 "
	Miel ó jarabe,	q. s.		c. s.
Hágase en confeccion.				

Tómese una porcion del tamaño de un huevo de paloma al levantarse y al acostarse.

Durante la semana se inyectará bien la vagina por las mañanas y por las noches, con objeto de desembarazarla de las secreciones y aliviar la irritacion local. La paciente, en paños menores, debe colocarse sobre una mesa en la posicion de la litotomía, y someterse á la influencia de un anestésico; y la mesa se pone frente á una ventana que reciba mucha luz. Conviene tener cuatro ayudantes, aunque tres pueden bastar. Uno de ellos debe administrar el anestésico, dos sujetarán cada uno una rodilla, encargándose el cuarto de alcanzar los instrumentos al operador á medida que los vaya necesitando, y de lavar las esponjas empapadas en sangre. Los ayudantes, levantando los piés de la enferma de encima de la mesa, y doblando los muslos de modo que vengan á quedar horizontales las crestas de las dos tibias, deben sujetar las rodillas debajo del brazo y mantener firmes los piés con las manos del mismo lado, miéntras que con las manos desocupadas del lado opuesto, separan los labios, esponiendo á la vista la parte rasgada.

Pero el ayudante que sujeta la pierna izquierda debe hacer mas que esto. Las indicaciones que acabamos de dar deben ser observadas por el ayudante que sujeta la rodilla derecha; el otro debe afirmar la izquierda con el brazo derecho, y con la mano derecha separar el labio, sirviéndose de la mano izquierda para lavar la herida con esponjas, fijadas en un mango largo de alambre á fin de no impedir la vista del operador. A primera vista parecerá difícil que un ayudante pueda

[1] Véase el Apéndice.

hacer todo esto. Quien tal creyere, haga la prueba y verá que no es así, y que semejante disposicion de sus ayudantes le es sumamente ventajosa.

Instrumentos necesarios.—Consisten estos en unas tijeras encorvadas y de mango largo; un bisturí de hoja angosta; unas pinzas dentadas, y una erina (ó tenáculo); una docena de esponjas pequeñas (del tamaño de una nuez), fijas en mangos de diez pulgadas de largo; pinzas de ligar vasos; hilos de seda; agujas corvas y redondas de pulgada y media de largo, enhebradas con hilos de seda dobles, atados inmediato al ojo de la aguja con un nudo tan pequeño como sea posible; y si se quiere usar la sutura enclavijada, se emplearán para ello unos trozos de cáteter de goma elástica. Se habrá dispuesto además una palangana con agua para lavar las esponjas, y un jarro, un cubo ú otra vasija de agua de repuesto.



FIG. 25.—Pinzas dentadas de Thomas.

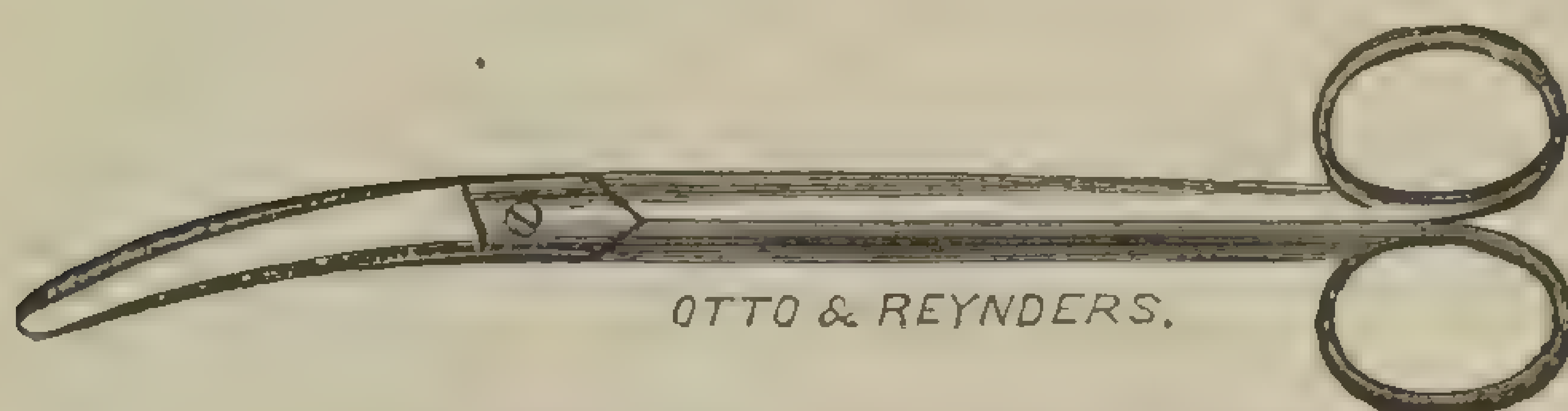


FIG. 26.—Tijeras ligeramente encorvadas.

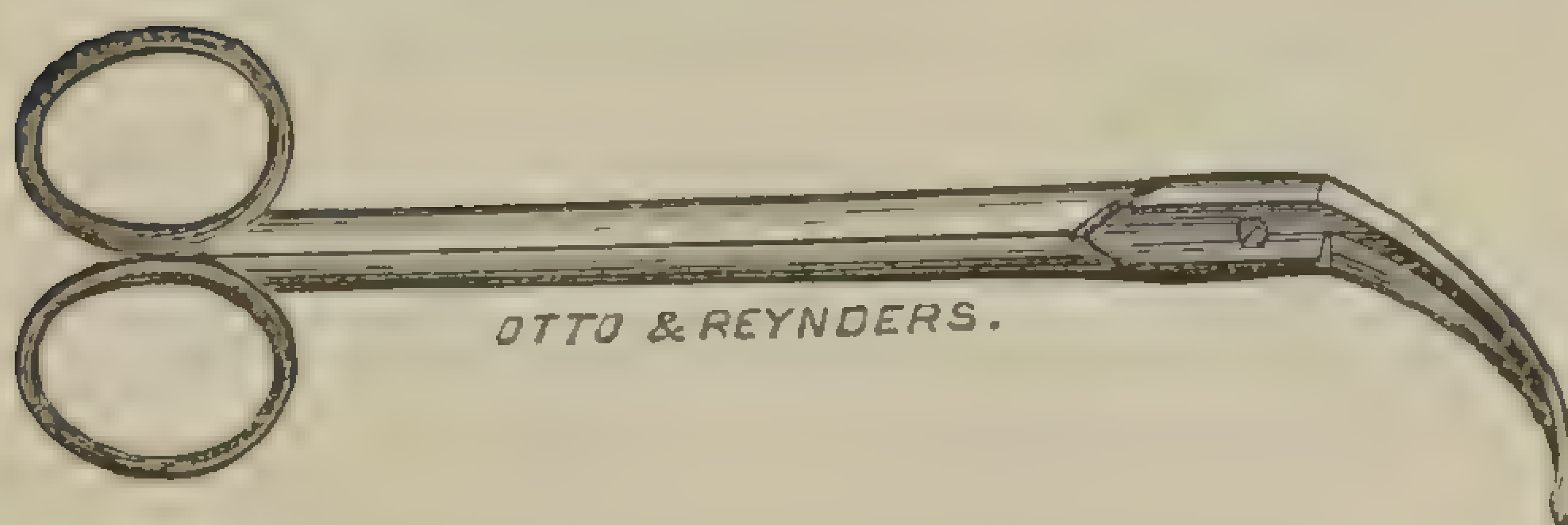


FIG. 27.—Tijeras corvas de Emmet.

Operacion para la rasgadura parcial.—Mucho me sorprende que los autores no hayan descrito separadamente los procedimientos operatorios para la rasgadura parcial, y para la completa. El operador mas inesperto puede tener buen éxito en el primero, el cual es tan simple y tan fácil que apénas merece el nombre del *perineorrafia;* miéntras que el segundo es una de las operaciones mas delicadas é inciertas de la ginecología, y en ella bien puede fracasar el operador mas hábil. Estoy seguro que el haber confundido un procedimiento simple con uno dificultoso ha dado resultados perjudiciales, y por lo tanto estableceré entre ellos una gran diferencia.

La operacion para la rasgadura parcial tiene únicamente por objeto la reparacion del cuerpo perineal: la operacion para la rasgadura completa tiene por objeto principal el restablecimiento de las

fuerzas y las funciones del esfínter del ano. Conseguido el objeto principal de esta segunda operacion, se atenderá al de la primera; pero este, aunque de gran importancia, es insignificante comparado con la operacion para la rasgadura completa.

Antes de describir estos procedimientos, diré dos palabras sobre la division del esfínter del ano. He practicado muchísimas veces la operacion para la rasgadura del periné, sin que pueda citar un solo caso de haber fracasado: y hasta ahora nunca he dividido el esfínter del ano. Mi propia esperiencia, así como la de mis colegas del Hospital de Mujeres, Sims, Emmet, y Peaslee, me mueven á convenir en el dictámen del Dr. Savage, quien dice que "*evidentemente la division del esfínter esterno del ano no facilita el éxito en las operaciones para la reintegracion del periné rasgado.*"

El operador debe tener muy presente la forma y dimensiones del cuerpo que está para restablecer. Es un triángulo cuyo vértice esté arriba y cuya base está abajo. Avivar dos superficies de esta forma y mantenerlas en contacto una con otra por medio de la sutura: hé ahí toda la operacion.

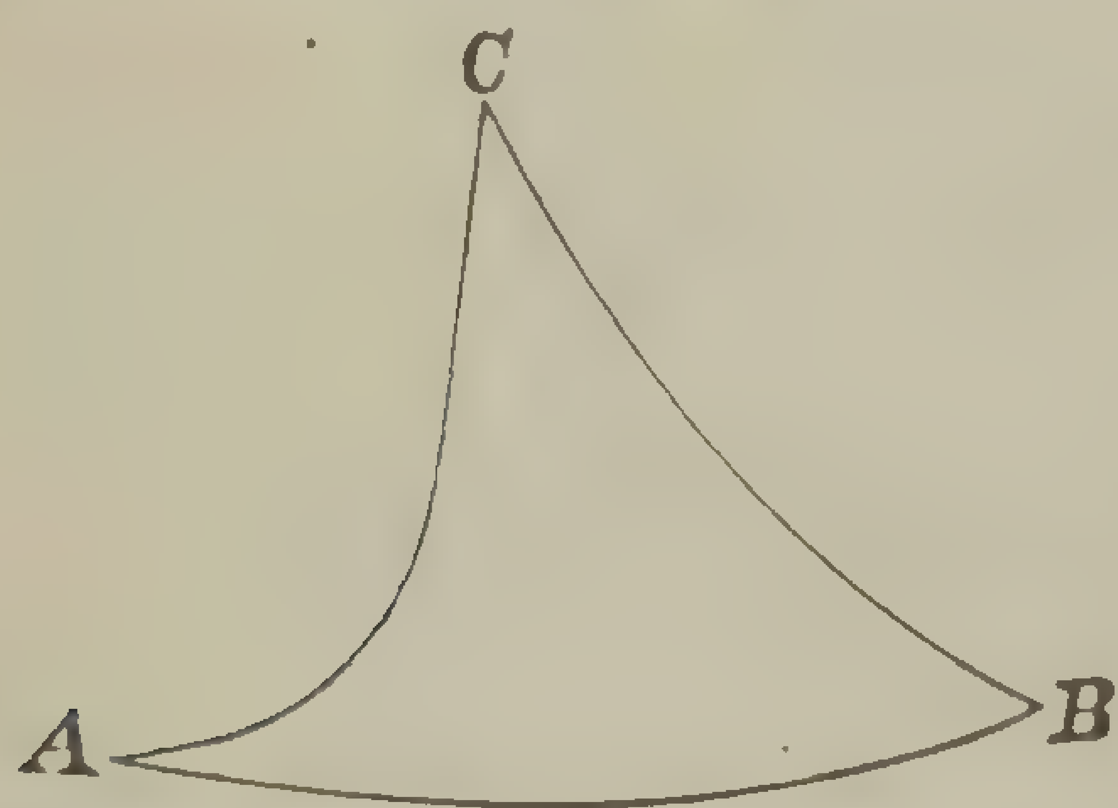


FIG. 28.[1]—El periné visto de perfil. *A C*, pared rectal. *A B*, superficie cutánea. *B C*, pared vaginal.

Primera parte de la operacion.—Estando dispuesto ya todo, el operador coloca sobre los labios los dedos de los ayudantes, regularizando el grado de traccion que deben ejercer. Agarrando luego, con las pinzas dentadas ó el tenáculo, la membrana mucosa, algo por encima de la orilla superior del ano, donde aquella se une con la piel, practica en la vagina un corte longitudinal de pulgada y media de estension, próximamente. Esto puede ejecutarse con mas comodidad elevando la pared vaginal anterior y poniendo visible la posterior, á efecto de un spéculum de Sims que se introduzca por debajo de la sínfisis del púbis. Hecha de esta manera, la incision marca la estension de la base del cuerpo perineal y el punto de union de las bases de las dos avivaciones triangulares que ahora deben hacerse, una á derecha y la otra á izquierda. Asiendo en seguida la membrana mucosa de uno de los labios mayores, un poco mas abajo del nivel del meato urinario, se practican desde este punto otras dos incisiones, una de las cuales se estiende á la estremidad superior, y la otra á la estremidad inferior de la incision primera ó básica. En medio de este triángulo quedará otro pequeño que se procede en seguida á refrescar. El procedimiento tal como se ha descrito se repite en el lado opuesto, con lo cual queda terminada esta parte de la operacion.

[1] Soy deudor de esta figura al escelente artículo del Dr. Teófilo Parvin insertado en el "American Practitioner" sobre la perineorrafia.

El operador se detiene ahora, y mira atentamente si alguna arteria está echando sangre, ó si ha quedado alguna superficie sin denudar. En el primer caso, tuerce las arterias, ó, si es menester, las liga con hilo de seda muy fino, dejando cortos los estremos ; y en el segundo, las aferra con el tenáculo, y las estirpa con un bisturí.

Con esto queda concluida la primera parte de la operacion. El operador no debe apresurarse á empezar la segunda, pues conviene que los tejidos queden espuestos algun tiempo al aire, á fin de evitar el riesgo de la hemorragia. Nunca deben aplicarse las suturas ántes que haya cesado toda hemorragia. La Fig. 29 representa la incision practicada.

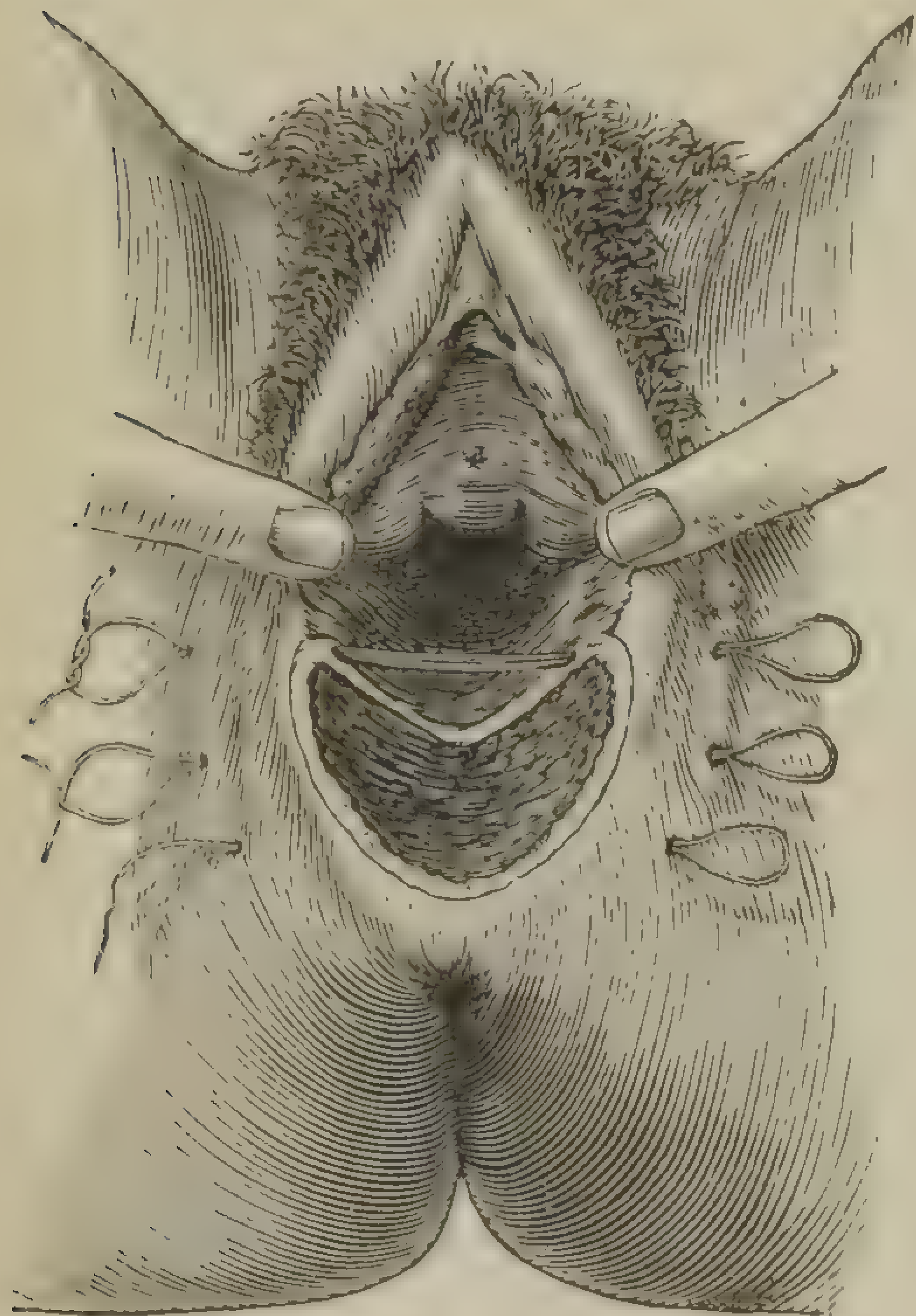


Fig. 29.—Superficie denudada, y suturas en posicion.

Segunda parte de la operacion.—El operador coloca en el porta-agujas una aguja cilíndrica y corva, (la cual causa ménos hemorragia que una de aristas cortantes,) como de dos pulgadas y cinco octavos de largo, provista de un hilo doble de seda que forme un asa de ocho á diez pulgadas de largo, y la introduce en frente del ángulo inferior esterno del triángulo avivado, (es decir algo mas arriba del nivel del ano,) haciéndola pasar al traves de la parte central de las bases unidas de los triángulos, encima del recto, y salir por el punto correspondiente del lado opuesto. Esta sutura, escondida en los tejidos sobrepuestos al recto, no está visible en ninguna parte de la vagina. Puede pasarse la sutura en un solo tiempo, ó, si esto es difícil, se puede sacar la aguja en la mitad de su trayecto, haciéndola entrar de nuevo en el mismo agujero. La sutura se deja en posicion, sin retirar la aguja ; y tomándose otra aguja, se la introduce mas alto que la primera, haciéndola atravesar los tejidos en el ángulo superior estremo de la superficie refrescada. Guiada por el dedo en el recto, esta aguja se desliza al traves del tabique recto-vaginal, y sale en el punto correspondiente del lado opuesto. Tengo la costumbre de dirigir esta sutura, como la primera, de tal modo al traves de los tejidos que no está visible en ninguna parte de la vagina. Esto no es costumbre general : la mayoría de los operadores dejan libre sobre la superficie la parte media de cada sutura. Yo creo que internada en los tejidos, esta escita menor irritacion sobre la superficie denudada y obra ménos á manera de sedal que cuando se la deja espuesta.

Una tercera aguja se introduce luego, pero no internada, sino de modo que se la vea atravesando el orificio vaginal. Entra mas hácia arriba que la segunda, pasa dentro de la vagina en la márgen interna de uno de los triángulos y sale en el punto correspondiente del triángulo opuesto. Otras se pasan del mismo modo, hasta ver el operador que se ha empleado un número suficiente.

Cuando se emplea la sutura entortillada, con hilos metálicos, se introducen estos de un cuarto á media pulgada de las márgenes de la herida, y distantes un tercio de pulgada unos de otros ; si se usa la sutura enclavijada, se hacen penetrar los hilos metálicos á tres cuartos de pulgada de las márgenes denudadas, y en este caso bastan tres ó cuatro suturas.

Como quiera que sea, las que se pasan en primer lugar, no deben servir mas que de medio para colocar otras mas fuertes y permanentes, de plata, de seda ó de cáñamo. Si la sutura ordinaria enclavijada es la que se emplea, se introduce en el asa de las suturas un pedazo de catéter de goma elástica, de candelilla (hueca ó maciza) ó una varita de goma dura ; se aproximan las superficies opuestas de la herida por medio de la compresion, la clavija opuesta se pone en posicion, y se anuda sobre ella el hilo.

Pero esta variedad de sutura puede emplearse por un método que me parece mejor, y que hemos usado frecuentemente Mr. James Lane, de Lóndres, el Dr. J. H. Thompson, de Washington, y yo mismo. No sé á cuál de los primeros pertenezca la prioridad ; pero Mr. Lane lo ha empleado desde 1860.[1] Consiste en sustituir los tubos ó cañones de pluma con unas varitas de marfil, (Lane,) ó de goma dura, (Thompson,) perforadas de tres ó cuatro agujeros á traves de los cuales se pasan y aseguran las suturas. Ambos operadores usan suturas de plata en vez de seda ; asegurándolas el Dr. Thompson con perdigones perforados ; y Mr. Lane, por cierto método no mencionado en la descripcion que yo he visto de su operacion. Una memoria del mismo Lane da treinta casos así operados, en ninguno de los cuales dejó de obtener una curacion completa ; y el Dr. Thompson refiere cincuenta y tres en que se alcanzó un feliz éxito. No sé de fijo el número de los casos por mí operados ; pero es bastante considerable ; y no recuerdo haber dejado de obtener buen éxito en uno solo.

Colocadas en posicion las clavijas, se traslada á la enferma á la cama, atadas las rodillas de modo que se mantengan unidas, y se le administra el opio como calmante, debiéndose evacuar la vejiga cada seis horas por medio de la sonda, y mantener el vientre constipado, (ó libre —Thompson). Las suturas profundas deben retirarse al tercer dia, dejando hasta el octavo las superficiales, que se aplican en número de tres ó cuatro, para mantener en contacto las superficies cutáneas.

Cuando el operador quiere emplear la sutura entrecortada con hilos

[1] *Lancet* (de Lóndres), setiembre, 1865.

metálicos, despues de haber pasado las de seda, cuyas estremidades deja en manos de los ayudantes, toma un hilo de plata de ocho pulgadas de largo, lo fija al asa de la sutura inferior, lo pone en posicion tirando del hilo de seda, y lo tuerce ligeramente, á fin de mantener unidos los estremos, doblando estos hácia abajo, para que no le estorben. En seguida pone en posicion otro hilo de la misma manera, y así á continuacion hasta dejarlos colocados todos. Los recoge todos entónces y los pone debajo del dedo de uno de los ayudantes, limpia bien la herida de coágulos, reune sus bordes, coloca en su lugar la clavija, y habiendo tomado la sutura mas baja, esto es, la que se pasó primero, la tuerce hasta lograr la aproximacion necesaria de los tejidos. En el artículo sobre la *Fístula vésico-vaginal* describiremos detalladamente el método para colocar en posicion y torcer los hilos de plata. Segun este método el operador los tuerce uno tras otro, empezando por el mas bajo. Si lo juzga necesario, puede pasar suturas superficiales entre las profundas, á fin de aproximar mas eficazmente las superficies cutáneas.



Fig. 30.—Suturas enclavijadas, en posicion.

Todas las suturas torcidas ó se cortan inmediato á la torcedura, doblándolas á derecha y á izquierda alternativamente, ó se dejan sin cortar, reuniéndolas y atándolas en haz. El objeto de esto es impedir que se claven en los tejidos adyacentes. Pónese entónces á la enferma en cama, atadas las rodillas para que se mantengan unidas, y recomendándole el decúbito dorsal ó lateral; se estrae la orina cada seis horas por medio del cateterismo; se lava la vagina frecuentemente con inyecciones de agua tibia; y se prescribe un régimen sustancioso, si bien ligero y nada estimulante. A los ocho ó nueve dias deben quitarse las suturas, y al siguiente se administra un purgante salino, teniendo cuidado de evitar el tenesmo.

Operacion para la rasgadura completa.—La rasgadura completa del periné trae siempre consigo la de la pared anterior del recto, en mayor ó menor estension. Si la rasgadura del intestino se estiende á mas de una pulgada ó pulgada y media encima de la orilla superior del esfínter del ano, conviene cerrarla por medio de una operacion preliminar, la cual consiste en avivar los bordes de la herida y reunirlos en toda su estension hasta el ano; pudiendo procederse entónces á la reparacion del periné. Pero si la lesion del intestino no se estiende á mas de una pulgada ó pulgada y media sobre el esfínter anal, puede verifi-

carse la coaptacion entera en una sola operacion. No se entienda por esto que deseo sentar una regla invariable: indico solamente una norma aproximada á la línea de conducta que me parece mas segura.

La operacion para la rasgadura parcial no tiene otro objeto que la reintegracion del cuerpo perineal. Los objetos de la operacion para la rasgadura completa son: 1°. la restitucion completa de la fuerza y funciones del esfínter del ano; 2°. la reparacion del intestino rectal rasgado; 3°. la restauracion del cuerpo perineal. Lo que en la primera operacion constituye el objeto principal, viene á ser en la segunda el menor de aquellos á que se dirigen nuestros esfuerzos. Debe penetrarse, pues, el operador de que la sola reparacion del desgarro de la fisura genital no es lo que se desea. Esto, puede lograrlo sin que de

Fig. 31.

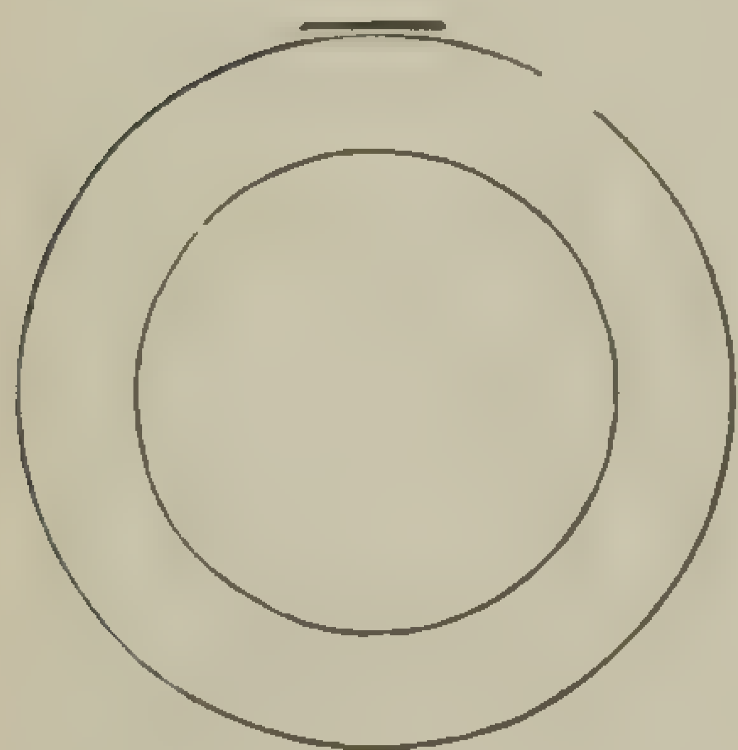
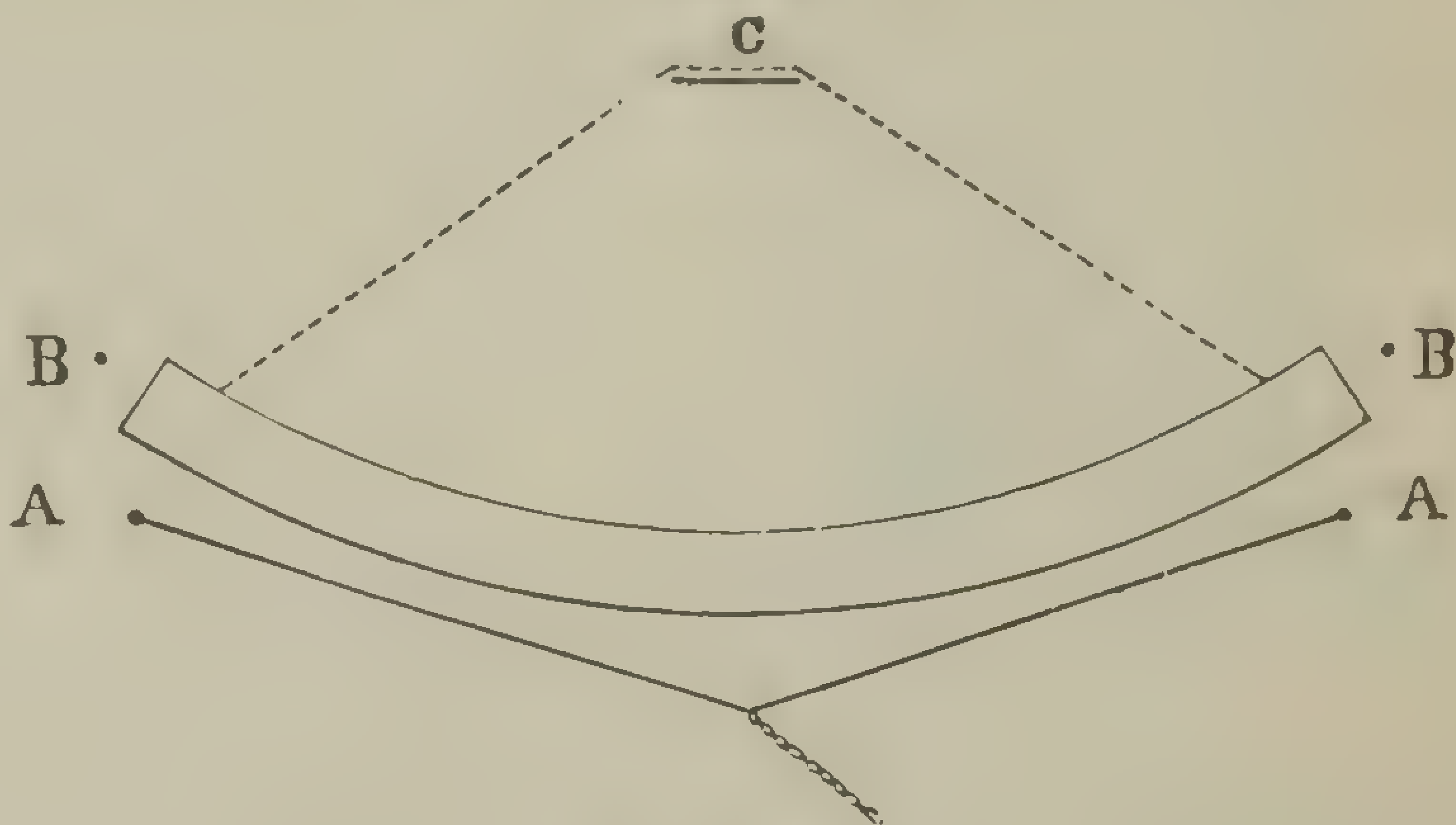


Fig. 32.



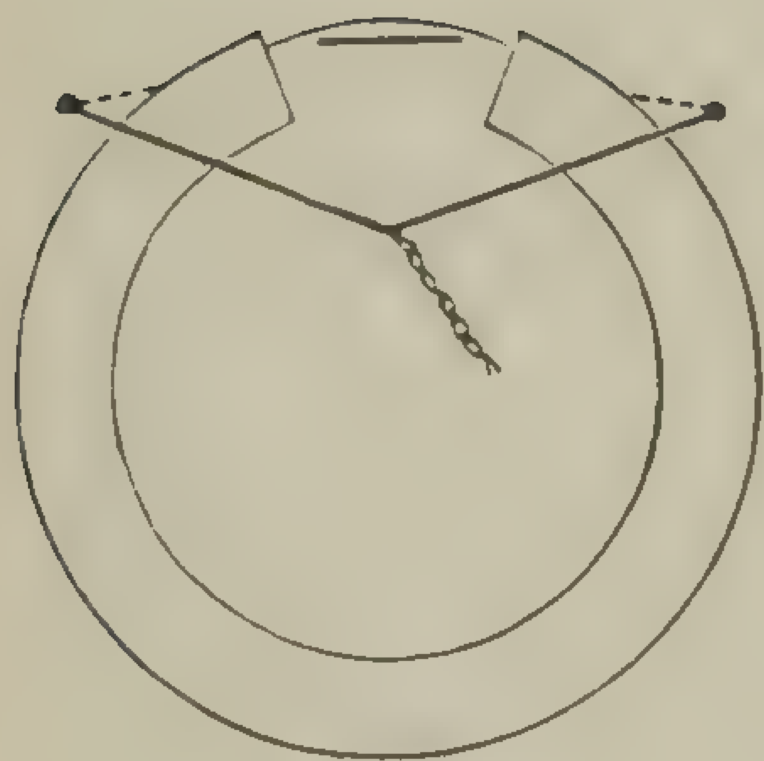


Fig. 33.

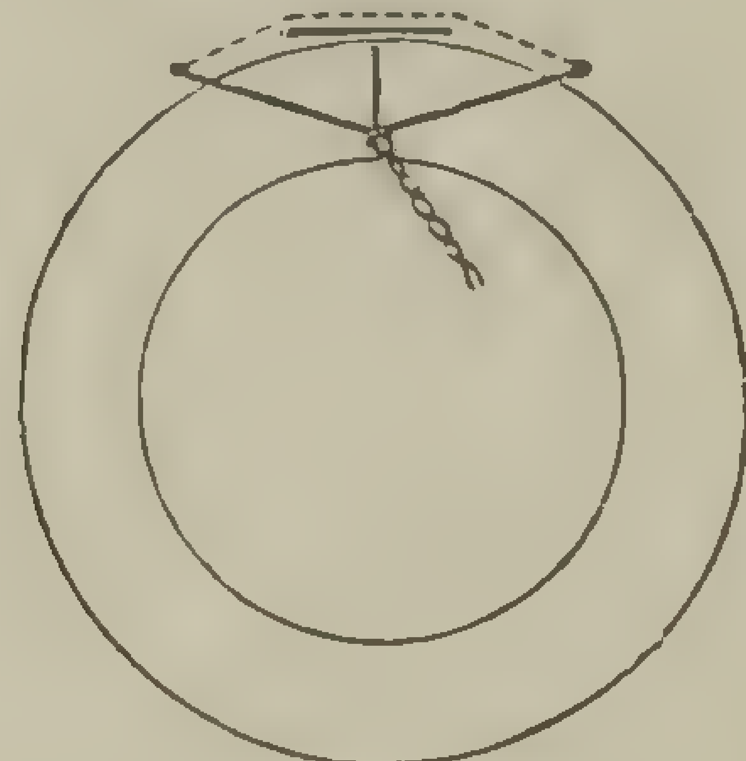


Fig. 34.

nada sirva á la enferma, por cuanto puede continuar la incontinencia de las materias fecales y los gases. El buen éxito depende siempre de la perfecta reunion de las estremidades del músculo dividido y la completa reintegracion del intestino desgarrado; para cuyos fines los estremos del músculo, abiertos y estendidos, se ponen en contacto uno con otro, y se les une al tabique recto-vaginal, tirándolo hácia abajo para este objeto. Disminuyen notablemente las dificultades de la operacion, teniendo presentes estos hechos, bien pesados y comprendidos; cuya demostracion por resultados prácticos se debe, mas que á nadie, al Dr. T. Addis Emmet, de esta ciudad.

La Fig. 31 representa el esfínter intacto. En la Fig. 32 se le ve

desgarrado y abierto, con los puntos de entrada y salida de la aguja. La línea de puntos indica el trayecto de las suturas metálicas al traves del espesor del tejido. Se observa que el tabique recto-vaginal constituye un punto fijo, y que á medida que se va torciendo el hilo, se van elevando los estremos del músculo, aproximándose mutuamente los tres puntos en c. Continúa abreviándose cada vez mas la distancia entre ellos, conforme sigue la torsion, como se ve en la Fig. 33, hasta que finalmente quedan unidos, como en la Fig. 34.

Si entra y sale la primera aguja sobre la estremidad del músculo desgarrado, (b b, Fig. 32,) puede efectuarse la aproximacion de los tejidos en dicho punto y el contacto íntimo de los estremos; pero no se consigue la coaptacion absoluta y completa, y existe todavía la pérdida de la funcion. La primera sutura es la mas importante, y debe coger las estremidades del músculo desgarrado y estendido, á fin de elevarlas y ponerlas en contacto una con otra y con el tabique recto-vaginal.

Al avivar las partes, ántes de introducirse las agujas, se refrescan los dos triángulos laterales que representan el cuerpo perineal dividido en dos mitades, prolongando la línea de denudacion hácia atras, á lo largo del borde del tabique recto-vaginal, para hacer lo cual, sirve de guia la márgen de la membrana mucosa del recto en los estremos del músculo roto, y hasta la parte superior de la rasgadura del intestino.

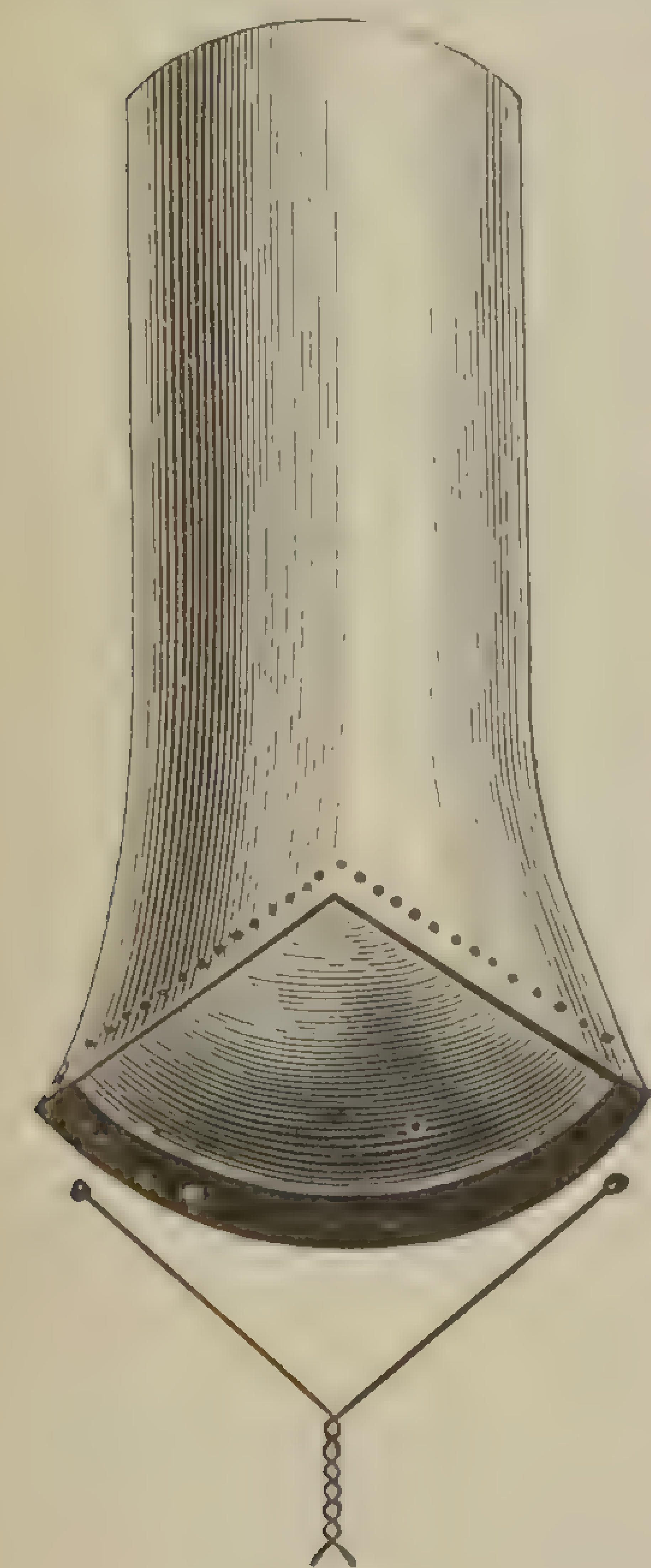


Fig. 35.

La Fig. 35 representa el intestino roto, el músculo estendido en su estremidad anal, el punto de entrada y salida de las agujas, y el trayecto de las suturas profundas (líneas de puntas). La línea de denudacion va indicada por el trayecto de dichas suturas.

El desgarro del recto representa al operador como un triángulo isósceles imperfecto, con el vértice arriba y la base abajo, y cuyos dos bordes laterales son las partes que han de refrescarse. Los dos ángulos de la base se hallan en un plano mas bajo que el ángulo del vértice, y están ménos fijos que él en su posicion. Sometidos los tres ángulos á la accion constrictora de la sutura circundante, conforme se verifica la torsion de esta, los dos ángulos de la base se elevan al plano del ángulo del vértice, miéntras que este, cediendo á la fuerza de traccion, viene bajando á su encuentro. Al mismo tiempo se aproximan naturalmente las superficies denudadas del triángulo, quedando así completamente cerrada la abertura rectal.

En resumidas cuentas, la regla para pasar la primera sutura consiste en la introduccion de la aguja tan abajo como el márgen inferior del ano. De aquí pasa hácia arriba á traves del tabique recto-vaginal, circundando completamente el desgarro rectal, y saliendo por el lado opuesto, cerca del borde inferior del ano.

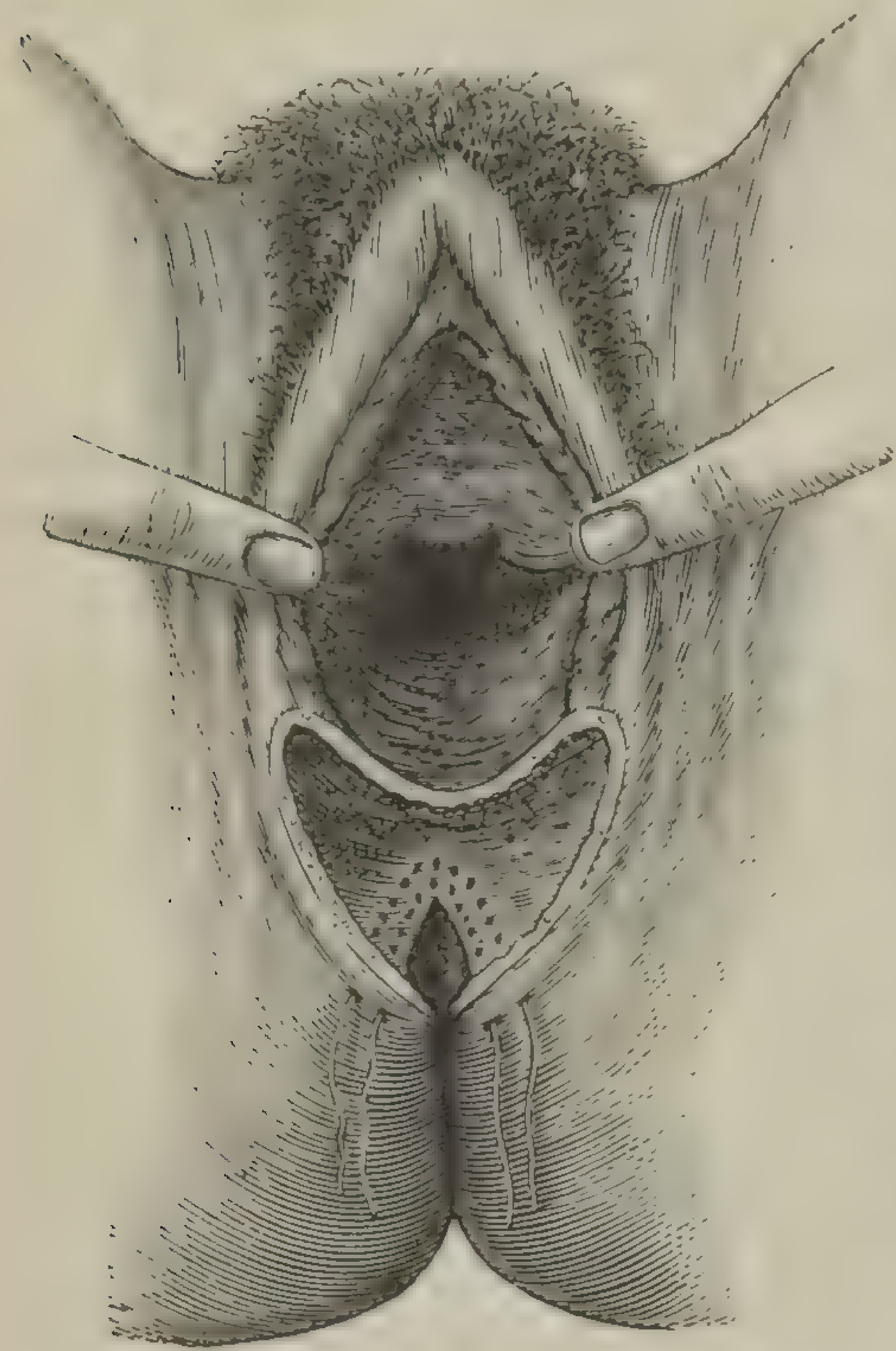


Fig. 36.—Superficie denudada (en la rasgadura completa del periné), y las dos primeras suturas en posicion.

Si el lector observa la Fig. 36, comprenderá que una sutura aplicada del modo indicado, obra á manera de cordon de bolsa, frunciendo las partes abiertas y adoptándolas entre sí, y gobernando la accion del esfínter. Las dos condiciones de temerse como causa del mal éxito de esta operacion, son la fístula recto-vaginal, y la persistencia de la division del esfínter. Una y otra se pueden evitar en gran manera siguiendo el método que acabamos de describir.

Lo restante de esta operacion es del todo semejante á lo sentado para la rasgadura parcial.

Puede, si lo tolerase la paciente, introducirse de cuando en cuando un tubo rectal, para facilitar el escape del aire del intestino, ó en lugar de aquel puede mantenerse en el recto un cáteter hueco, grande.

CAPÍTULO VI.

VAGINISMO.

Definicion.—Esta afeccion consiste en una sensibilidad peculiar ó hiperestesia de los nervios, de la membrana mucosa vaginal, en la inmediacion del hímen, cuyos nervios, al irritarse, se supone causan una contraccion espasmódica del esfínter de la vagina.

Frecuencia.—El vaginismo se presenta con bastante frecuencia. Poca mencion se ha hecho de él hasta ahora, no por motivo de su rareza, sino porque los prácticos no le prestaron una especial atencion. El Dr. Sims dice haber observado diez y siete casos en dos años, y por mi parte he observado trece bien caracterizados durante un período de cuatro años.

Historia.—Dupuytren, Roux, y Burns,[1] de Glasgow, no ignoraban que semejante condicion se presenta, y constituye un estado morboso de no poca importancia. Estos autores, no solo la describieron sino que adoptaron un procedimiento operatorio que ha sido restablecido despues, y que aun en la actualidad muchos consideran como el método mas eficaz para su curacion. Sus teorías no llamaron mucho la atencion, segun parece, ni fué realmente apreciado su verdadero valor hasta mas tarde, cuando las presentaron con insistencia los profesores Simpson, y Scanzoni. Esta enfermedad fué descrita por Debout,[2] Michon, y Huguier, entre los meses de agosto y octubre, de 1861 ; é inmediatamente despues por Marion Sims, quien le dió el nombre que yo he adoptado. Estos autores, imitando á los investigadores que les precedieron, recomendaron la incision subcutánea, ó á traves de la membrana mucosa, para despues de haberse ensayado inútilmente otras medidas de curacion ménos enérgicas. Desde la época á que hemos aludido se ha asignado á esta afeccion un lugar en los varios libros sistemáticos publicados sobre la ginecología.

Anatomía y patología.—Es opinion bastante generalmente recibi-

[1] Simpson, Clin. Lec. Dis. of Women.

[2] Bul. Gén. de Thérap. Méd. et Chir., 1861.

da, creo yo, que el músculo bulbo-cavernoso, que pasa sobre el clítoris y forma un 8 con el esfínter del ano, es el constrictor de la vagina. El Dr. Savage lo niega rotundamente, declarando que "*El músculo pubío-coccígeo es el que produce la constriccion del anillo vaginal.*" Este último es un músculo ancho y fuerte, situado en la pélvis, inmediatamente encima del punto en que se separan las paredes vaginales en busca de sus inserciones oseas. Partiendo de la superficie interna de los huesos púbis, sus fibras toman diferentes direcciones; las del medio descienden á lo largo de la uretra y de la vagina, dirigiéndose algunas de ellas entre la vagina y el recto, para reunirse con otras análogas del lado opuesto en el cuerpo perineal; otro órden de fibras mas esterno, dirigiéndose hácia adentro por debajo del recto, se confunden con las fibras del lado opuesto; y las restantes, mas esternas que las anteriores, se insertan en los lados del coccix. La Fig. 37 representa una porcion de este músculo.

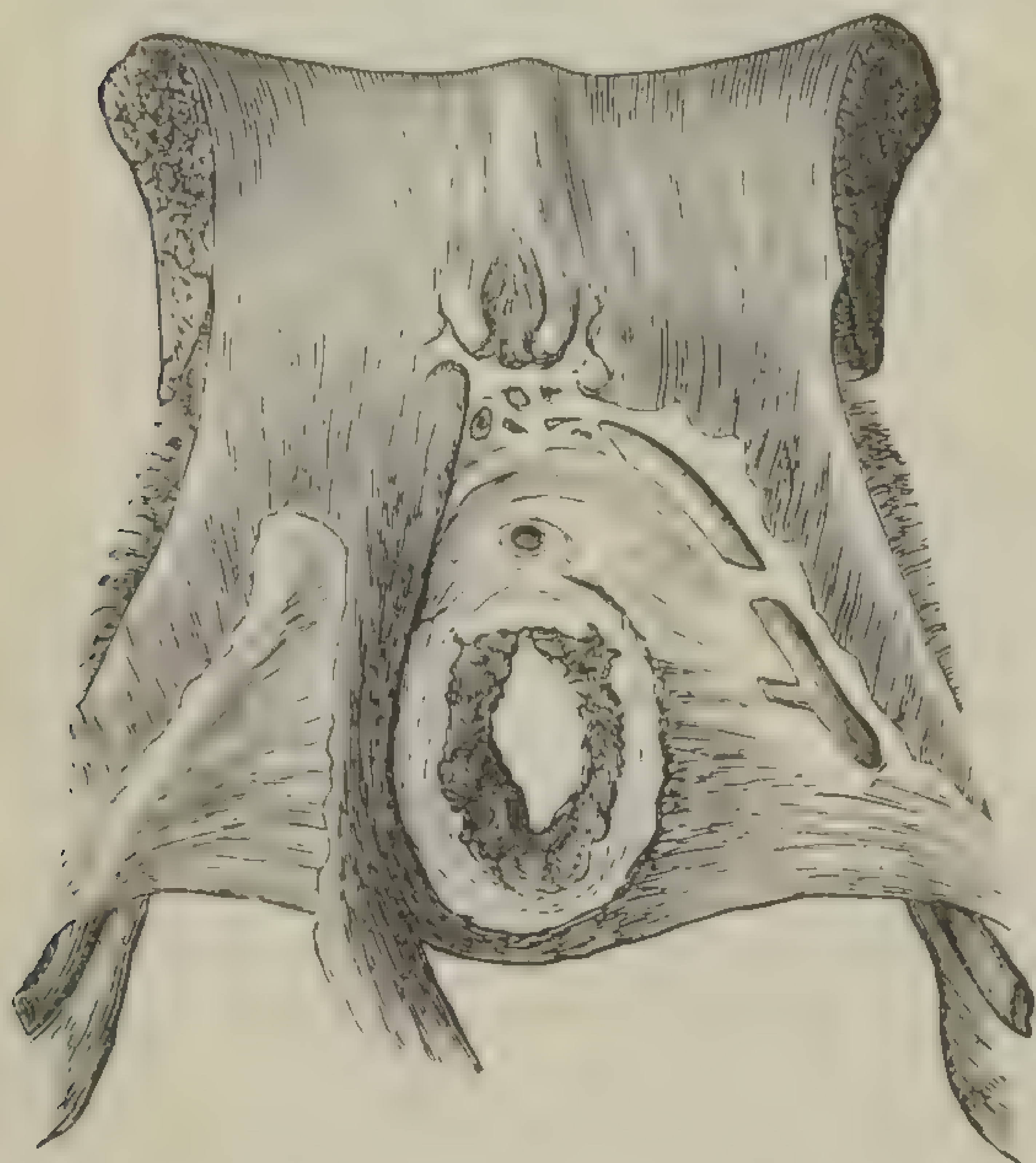


Fig. 37.—Músculo pubío-coccígeo (Savage).

Ciertos estados morbosos producen en los nervios de la vulva y de la parte inferior de la vagina una irritabilidad tan grande, que el contacto de cuerpos estraños determina, en el músculo que acabamos de describir y en otros inmediatos, un espasmo que constituye la afeccion que nos ocupa. La atencion de algunos se ha fijado principalmente en el estado nervioso, siendo, segun ellos, el nervio pubiano el sitio de la afeccion; miéntras que otros se han ocupado sobre todo en el espasmo muscular consecutivo; siendo interesante observar cómo uno y otro partido, á pesar de la diversidad de sus teorías, han adoptado el mismo procedimiento quirúrgico.

Causas.—Esta afeccion tiene con la vagina la misma relacion que el blefarospasmo con los párpados y el laringismo con la laringe, y, semejante á estos accidentes, suele no presentarse como enfermedad primitiva, sino provenir de alguna causa local de carácter especial. Puede depender ya de una escesiva irritabilidad nerviosa, que afecte todo el sistema, como se observa á menudo en las mujeres histéricas, ó ya de algun desarreglo local, de carácter al parecer insignificante. El Profesor Willard Parker[1] refiere un caso de vaginismo causado por una carúncula irritable del meato urinario, tamaña como un grano de linaza, suprimida la cual se obtuvo la curacion. En otros términos,

[1] Bul. N. Y. Acad. Med., vol. i., p. 439.

puede ser una afeccion idiopática, ó solamente sintomática de alguna otra enfermedad.

Las causas reconocidas de la enfermedad son :—

Diatésis histérica ;
Escoriaciones ó fisuras de la vulva ;
Carúncula irritable del meato ;
Endometritis (catarro uterino) crónica ó vaginitis.
Erupciones pustulosas ó vesiculares de la vulva ;
Neuromas ;[1]
Fisura del ano ;[2]
Hiperestesia de las carúnculas mirtiformes ;
Rigidez anormal del periné ;
Volúmen desproporcionado del órgano viril.

El Profesor Scanzoni publicó, en agosto, de 1868, sus teorías acerca de este asunto. Durante los tres años anteriores había observado treinta y cuatro casos característicos, causados principalmente, segun él creía, por esfuerzos violentos para efectuar la cópula en mujeres que tenían la vagina pequeña y el hímen muy desarrollado. Halló Scanzoni que, de sus treinta y cuatro enfermas, veinte y cinco padecían varias lesiones funcionales y orgánicas, las cuales en veinte casos se habían presentado despues del matrimonio ; en once existía una dismenorrea congestiva ; una de las mujeres tenía una amenorrea desde hacía tres años ; en trece había una metritis crónica ; en cuatro, ó anteversion ó retroversion del útero ; en una, perimetritis ; en diez y siete, endometritis crónica ; en catorce, catarro vaginal ; en una, anteflexion ; en dos, retroflexion ; nueve padecían afecciones urinarias ; en una había inflamacion de la glándula Bartholin del lado derecho ; catorce presentaban síntomas de anemia ; y diez y siete, de histerismo. Aunque el acto sexual no podía efectuarse cumplidamente, no era del todo imposible la concepcion, ya que dos de las treinta y cuatro mujeres habían concebido ; las treinta y dos restantes quedaron estériles de uno á once años. La esterilidad no era debida á la falta de deseos sexuales, sino esclusivamente al espasmo, que interesaba todos los músculos de la pélvis é imposibilitaba tambien el exámen, sin el uso de un anestésico, fuese por medio del tacto ó bien con el spéculum.[3]

Algunas de las causas enumeradas producen el vaginismo por irritacion directa de los nervios de la membrana mucosa vaginal ; y otras por el desarrollo de un flujo que establece indirectamente la misma condicion.

El Dr. William Neftel, de Nueva York, ha publicado últimamente unas observaciones interesantísimas sobre la influencia del envenena-

[1] Simpson, Med. Times and Gaz., 1857, t. i., p. 336.
[2] H. Dewees. Baker Brown.
[3] New York Med. Jour., vol. ix., p. 181.

miento por las sales de plomo en la produccion de esta neurosis. Menciona cuatro casos muy notables causados de este modo, habiendo sido el vaginismo el síntoma que provocó el exámen, dispertando sospechas de envenenamiento metálico. Estos fueron tratados con feliz éxito por la electricidad.

Síntomas y signos físicos.—La cópula es de ordinario sumamente dolorosa, y la menor tentativa basta para poner á la paciente en un estado de trepidacion nerviosa y de aprension. Esto y la esterilidad son tal vez las únicas circunstancias que llaman su atencion, si bien en algunos casos se nota una tendencia marcada al espasmo, consecutivo á los cambios repentinos de posicion, ó al lavarse la hendidura genital. Uno ó mas de estos síntomas suelen provocar el exámen físico, el cual revela los hechos siguientes. No bien se ha puesto el dedo en contacto con el sitio del hímen, salta probablemente la enferma, quejándose de un dolor insoportable, y manifestando una gran perturbacion nerviosa. Si se persiste en continuar el exámen, se hallará que es casi imposible introducir el dedo, y si se emplea la fuerza para hacerlo penetrar en el canal, habrá una contraccion muscular violenta. Si, en vez del dedo, se emplease un pincelito de pelos de camello, ó las barbas de una pluma, su contacto dará lugar á contracciones y un dolor fuerte.

Diagnóstico diferencial.—No hay otra afeccion con que pueda esta confundirse. Trátase únicamente de determinar si es idiopática ó sintomática.

Curso y duracion.—Es ilimitada su duracion. Hanse observado casos en que ha persistido durante veinte y cinco, treinta años; y, sin la intervencion del arte, vendría á ser probablemente, en sus formas mas graves, condicion permanente. En los casos de ménos gravedad, y particularmente en los que dependen de otro estado mórboso, es á veces de curacion fácil, y aun puede desaparecer sin tratamiento alguno.

Pronóstico.—"*Por esperiencia personal*, dice el Dr. Sims, *puedo asegurar francamente, que no conozco otra enfermedad capaz de hacer mas infelices á dos esposos; y me es grato poder añadir, que ninguna lesion grave, que yo sepa, puede curarse mas fácil ó seguramente ó con tan poco peligro.*"

No ménos favorable es el dictámen de Scanzoni, Tilt, y otros autores, que han adoptado un sistema de tratamiento enteramente distinto del de Sims, y que se oponen al uso de la cuchilla. Por lo que hace á mis propias observaciones, jamas he encontrado un caso que no haya podido aliviar, bien por medios operatorios, ó por la supresion de la enfermedad de que era síntoma la afeccion que nos ocupa.

Tratamiento.—Antes de intentar el tratamiento de la enfermedad, debe indagarse solícitamente la causa; y una vez descubierta y suprimida esta, pueden abrigarse esperanzas de obtener la curacion de la primera. Si no se descubre causa alguna, ó es ineficaz el tratamiento de

esta, se procurará mejorar la salud general de la enferma mediante el ejercicio, el cambio de aires, los tónicos vegetales y minerales, los baños de mar, y una sociedad agradable. El ejercicio á caballo ha sido recomendado de un modo especial; pero igualmente benéfico sería cualquier otro que desarrollase el sistema y diese tono al organismo nervioso, como andar, remar, jugar á los bolos, etc. Debe recurrirse tambien á un tratamiento local, que calme la escitacion de los nervios de la vagina. Las inyecciones vaginales copiosas, con láudano, creosota ó acetato de plomo, producen á veces muy buenos resultados. El Dr. Peaslee recomienda preferentemente una pomada, compuesta de 12 centígramos de atropina en 30 gramos de manteca. Este alcalóide, ó los estractos de opio, de belladona, de beleño, ó de estramonio, pueden emplearse en supositorios ó pomadas que se aplicarán abundantemente á la parte sensible. En algunos casos son muy eficaces los supositorios que contengan de 30 á 60 centígramos de yodoformo. El tubo de cristal representado por la Fig. 38, debe introducirse al mismo tiempo

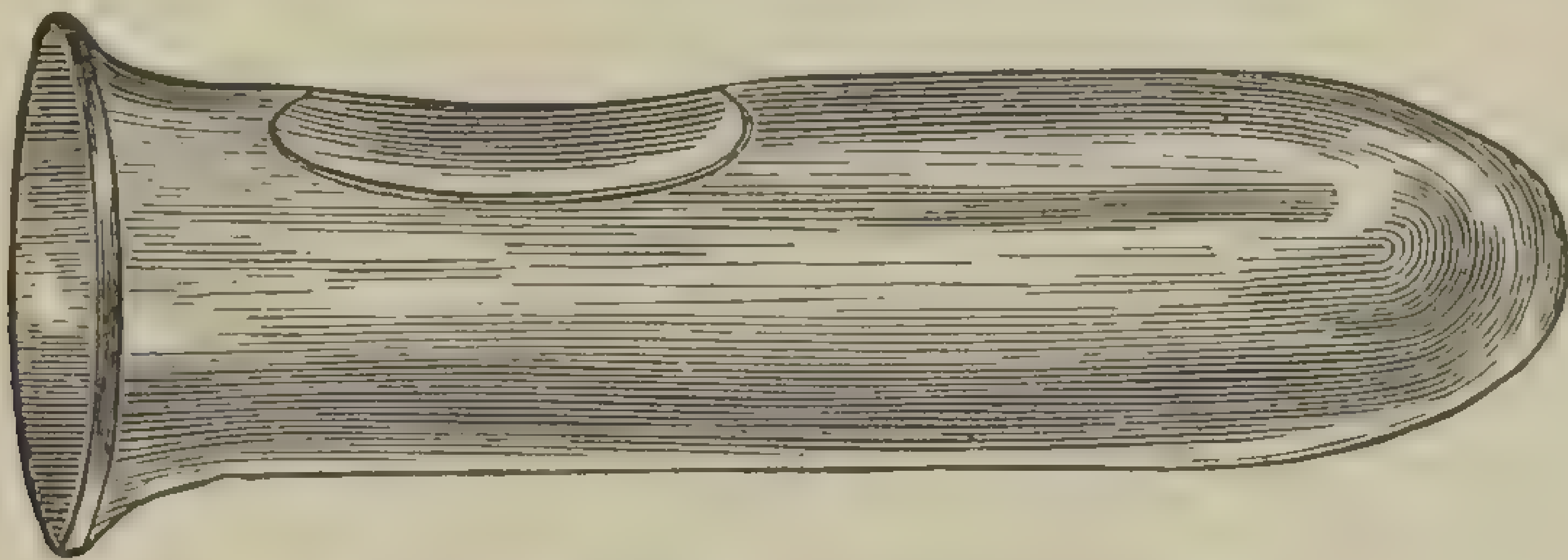


Fig. 38.—Dilatador vaginal de Sims.

suavemente en la vagina, dejándolo en posicion tantas horas diarias como sea posible. Sirve á la vez para dilatar el canal, embotar la sensibilidad de los nervios y reconquistar la tolerancia de cuerpos estraños. La paciente deberá vivir separada de su marido durante toda la cura. Este método sencillo de tratamiento, combinado, por la mañana y por la noche, con inyecciones vaginales copiosas que arrastren toda secrecion irritante y ejerzan una influencia directa calmante, bastará á menudo para efectuar la curacion, sin que sea necesario recurrir á una operacion quirúrgica de cierta gravedad.

No cabe duda respecto á la eficacia del procedimiento del Dr. Sims para la cura de esta afeccion. Lo he empleado yo mismo en varios casos muy graves, obteniendo siempre el mejor éxito. Pero hace algun tiempo muchos ginecólogos vienen desconfiando, cada vez mas, de la necesidad de recurrir á un procedimiento que ha producido en un caso una hemorragia mortal. Está probado que, por medio de la distension de la vagina, sea con los dedos, ó bien á efecto de instrumentos dilatadores, manteniendo subsecuentemente en el conducto un tapon vaginal, puede efectuarse la curacion tan perfectamente, y aun con tanta rapidez, como por el método operatorio. Scanzoni y Tilt, dos autoridades eminentes, han sancionado terminantemente este sistema, desaprobando

la operacion de Sims. Presento á continuacion sus teorías, tales como han visto la luz últimamente :—

"Scanzoni ha observado mas de cien casos, alcanzando el mejor éxito en el tratamiento de todos aquellos á que ha podido asistir personalmente, y sin haber tenido que invocar la cirujía en ninguno. La abstinencia completa del acto sexual es la primera condicion indispensable del buen éxito. Durante los primeros tres ó cuatro dias se prescribirán los baños de asiento tibios, por la mañana y por la noche, y baños locales calientes á la parte, con el agua de Goulardi, ó la aplicacion de hilas empapadas en ella varias veces al dia. Debe regularizarse la defecacion y evitarse cuidadosamente el roce determinado por el movimiento. Trascurridos algunos dias, se habrá calmado tanto la sensibilidad, que ya podrá aplicarse con un pincel un adisolucion de nitrato de plata, de 0,60 á 1,20 gramo en 30 gramos de agua. Despues de haber continuado este tratamiento por espacio de ocho dias, se colocarán diariamente supositorios vaginales de estracto de belladona y manteca de cacao, detras del hímen y en contacto con él. Se continuarán estos remedios, ya simultánea ó sea alternativamente, hasta que haya desaparecido toda huella de inflamacion, y restablecídose la sensibilidad normal; para lo cual se necesitan por lo general de dos á tres septenarios. Debe darse principio entónces á la dilatacion; pero las esponjas preparadas son inútiles para este objeto. Lo mejor que puede emplearse para ello es una serie graduada de spéculums cónicos de vidrio. Despues de la primera tentativa, que es ligeramente dolorosa, la paciente de ordinario introduce el spéculum con facilidad, pudiendo dejarlo permanecer en la vagina de media hora á una hora entera. Aun cuando se ha conservado el hímen, es innecesario incidirlo para efectuar la dilatacion. Al principio se emplea el dilatador cada dos ó tres dias, luego todos los dias, ó dos veces al dia, por espacio de dos ó tres horas á la vez, aumentándose gradualmente el volúmen del dilatador hasta obtener el resultado que se desea; para lo cual conviene algunas veces usar un instrumento articulado, como el de Segalas. De vez en cuando pueden requerirse semicupios, belladona, y nitrato de plata aplicado con pincel, obteniéndose comunmente la curacion en seis ú ocho semanas. Se observará que el método de Sims, si bien da un resultado igualmente favorable, es de carácter mucho mas grave que el de Scanzoni; y despues de la operacion el buen éxito del tratamiento depende por lo regular de la dilatacion consecutiva. Por lo demas, el tiempo necesario para la curacion es, con corta diferencia, el mismo con uno y otro procedimiento."[1]

El Dr. Tilt está de acuerdo con Scanzoni en desaprobar la operacion quirúrgica, prefiriendo la dilatacion forzada. Despues de haber sometido la paciente á la influencia de un anestésico, introduce ámbos pulgares dorso á dorso y distiende con fuerza la abertura vaginal por cinco ó seis minutos. Luego mantiene *in situ* durante algunos dias un tapon vaginal grande, por medio de un vendaje de T. Este autor insiste mucho sobre la necesidad, (á que ya se ha hecho alusion,) de suprimir cualquiera lesion uterina ó vaginal que exista, con la esperanza de obtener simultáneamente la curacion de la afeccion secundaria, ántes de recurrir siquiera á la dilatacion.

Si fracasasen estos medios, puede practicarse la estirpacion del

[1] New York Med. Journ., t. cit.

hímen, y la seccion del cuerpo perineal. Se entiende que no digo la incision del músculo esfínter de la vagina, el cual seguramente apénas se halla comprendido en la seccion ; y es muy probable que no se divida una sola de sus fibras, si aceptamos la anatomía que de él propone el Dr. Savage. La operacion de Sims, en mi sentir, ofrece dos ventajas : 1ª. al practicarse la ablacion del hímen, se estirpan muchas veces nervios que se hallan en estado de hiperestesia ; 2ª. la seccion del periné ensancha la entrada de la vagina, quitando así uno de los obstáculos al cóito.

Si no me alucino en lo que acabo de decir, tenemos á la vista un ejemplo de las malas consecuencias que pueden tener las teorías, cuando se trata de un asunto acerca del cual la demostracion anatómica en el cadáver debería hacer disipar toda duda. De este modo no hubiera causado daño alguno el seguir la recomendacion de ensanchar la entrada de la vagina por la seccion ; miéntras que muchos han provocado unas hemorragias graves, por haber intentado dividir el músculo bulbo-cavernoso, que autoridades eminentes afirman no ser esfínter absolutamente.

Operacion de Sims.—Colocada de espaldas la enferma sobre una mesa, y sometida al sueño anestésico, se estirpa con unas tijeras corvas lo que quede del hímen. La ligera hemorragia que resulta de esta operacion, se contiene fácilmente con compresas empapadas en agua helada ó en una solucion de persulfato de hierro.

Introduciendo los dedos índice y del medio, en la vagina, se pone tirante la horquilla, y con un escalpelo se hace, al lado derecho de la línea mediana, una incision profunda, que termine en el rafe del periné. Practícase en el lado opuesto otra incision que se une á la primera en el rafe, estendiéndose ámbas hasta el tegumento perineal y á traves del borde superior de este último. Cada una de estas incisiones se estenderá desde media pulgada mas arriba del borde superior del esfínter, (esto es, evidentemente, al músculo bulbo-cavernoso,) hasta el rafe del periné, pasando así á traves del músculo y teniendo próximamente dos pulgadas de longitud. Despues se coloca en el conducto el dilatador vaginal, donde se mantiene durante dos horas por la mañana, y tres ó cuatro por la noche, segun la tolerancia de la paciente. La Fig. 38 representa el dilatador vaginal de vidrio, el cual, ligeramente cónico, abierto por una de sus estremidades y cerrado por la otra, tiene tres pulgadas de largo, y de una pulgada á una y media de diámetro. Debe mantenerse en posicion por espacio de dos ó tres semanas, asegurándolo por medio de un vendaje de T.

La operacion de Burns, sancionada y practicada despues por Sir James Simpson, descansa, á mi modo de ver, sobre bases demasiado débiles para autorizar su empleo. Consiste en la division del nervio pudendo, que "*se puede poner de manifiesto*, dice Sir James, *practicando una incision á traves de la piel y la fascia al lado del grande*

labio y del periné; principiando la incision á nivel del frente del orificio vaginal, y prolongándola dos pulgadas hácia atras. El nervio, estando escondido entre la sustancia celular, no es fácil de distinguir en semejante operacion; pero puede dividírsele dando media vuelta á la hoja de la cuchilla é incindiendo la vagina hasta su túnica interior, la que debe respetarse. Puede dividirse con mas comodidad cortando desde la vagina. El simple desbridamiento del orificio vaginal no es suficiente: debe prolongarse la incision, cuando ménos, media pulgada mas allá del orificio, dividiendo bien la membrana mucosa en sentido lateral." Si el lector quiere examinar el grabado con que Savage representa el nervio pudendo, advertirá que, para dividir este último "*cortando desde la vagina*," sería preciso prolongar la incision hasta la rama del isquion, en cada lado, donde se halla el nervio en contacto íntimo con la arteria pudenda.

Nadie puede examinar una lámina que represente el trayecto de este nervio, sin sospechar fuertemente que dividirlo es una operacion que ha existido en la imaginacion del operador, sin haberse practicado jamas en un ser viviente.

¿Sobre qué base, pues, descansaba este procedimiento así recomendado por sus buenos resultados? Sobre las mismas que el de la supuesta division del esfínter, á saber: desabridamiento de los tejidos en la entrada de la vagina, y el consecutivo ensanche de este orificio.

La práctica que yo puedo recomendar en el vaginismo, con las luces que actualmente tenemos por guia, es la siguiente:

1°. Suprimir la enfermedad uterina, ovárica, vaginal, uretral ó rectal, si alguna se descubre; exigir que la enferma viva *absque marito;* prescribir inyecciones vaginales copiosas de agua caliente dos veces al dia; el uso local de los anodinos ya mencionados, en supositorios rectales ó vaginales, ó la introduccion en la vagina, todas las noches, por medio de una jeringilla, de una disolucion de 1 á 2 gramos de cloral en 16 gramos de líquido; hacer que la enferma mantenga un tapon en la vagina, durante algunas horas todos los dias; administrar abundantemente los tónicos (quina, estricnina, y hierro); y ordenar el cambio de aires, y los baños de mar, siempre que esto sea asequible.

2°. Si este método fracasase, se somete á la enferma á la influencia de un anestésico, y se dilata perfectamente la entrada de la vagina á beneficio de un spéculum de tres ó de cuatro valvas; empleando en seguida el tapon ó dilatador vaginal, y recurriendo á los tónicos y calmantes indicados arriba.

3°. Si este segundo método resultase tambien ineficaz, se anestetiza á la enferma, y se estirpa el hímen, con unas tijeras—procedimiento bien sencillo; desbrídase el cuerpo perineal del mismo modo que se verifica la rasgadura de dicha sustancia en el parto; y se introduce el dilatador, manteniéndolo en posicion durante una semana, ménos cuando se retira una vez diaria para limpiarlo. Trascurrido el tiempo indi-

cado, puede emplearlo la misma enferma, ciñéndose á lo prevenido en el número 1° (dos párrafos atras).

Tendría el parto por efecto, es muy probable, vencer al vaginismo ; pero, por desgracia, uno de los resultados mas constantes de aquel es la esterilidad ; lo cual proviene de que, siendo la cópula tan dolorosa, se efectúa imperfectamente ; ó lo que es mas comun, cesan los esfuerzos para superar el obstáculo, y la paciente lleva una vida de célibe. Bajo tales circunstancias se puede anestetizar completamente á la mujer, con la esperanza de que el acto sexual, verificado sin estorbo, determine la preñez.

En la obra del Dr. Sims sobre *Cirujía Uterina*, se halla consignado un sin número de casos interesantes de esta categoría.

CAPÍTULO VII.

VAGINITIS.

Definicion y sinónimos.—La membrana mucosa que tapiza la vagina está sujeta á una accion inflamatoria á que se da el nombre de vaginitis. Es la misma afeccion que han descrito algunos autores bajo los nombres de leucorrea vaginal, blenorrea y blenorragia.

Anatomía de la vagina.—La vagina es un conducto compuesto de elementos musculares fuertes, y tapizado por una membrana mucosa. Su estremidad superior está adherida al cuello del útero, con el que se une en un punto variable, pero que generalmente es á igual distancia de los orificios interior y esterior de la matriz. Consiste este canal en tres capas : 1ª, una capa esterna formada de tejido fibroso y elástico ; 2ª, una media, formada de fibras musculares lisas y de células fibrosas, que, como las mismas estructuras del útero, son susceptibles de una gran hipertrofia durante la gestacion ; y 3ª, una capa interna, ó tapiz mucoso, compuesto de tejido conectivo y fibras elásticas, y cubierta de epitelio escamoso. Esta última capa se estiende hasta la horquilla ; la primera y segunda, hasta la parte superior del periné, formando el tabique perineal, é insertándose en las ramas isquio-pubianas. El Dr. Savage[1] ha comparado ingeniosamente la configuracion de la vagina á la que afectaría un tubo flexible que se redujese casi á la mitad de su longitud por medio de una cuerda pasada de un estremo á otro, á lo largo de uno de sus costados. La prominencia así formada se llama *columna anterior de la vagina*, y constituye el tabique vesico-vaginal : tiene como dos pulgadas de largo, miéntras que la longitud de la pared posterior, llamada *columna posterior*, es dos veces mayor. La columna anterior, ó cuerda que acorta la vagina, frunce su tapiz de membrana mucosa, haciéndole formar pliegues trasversales que se dirigen hácia

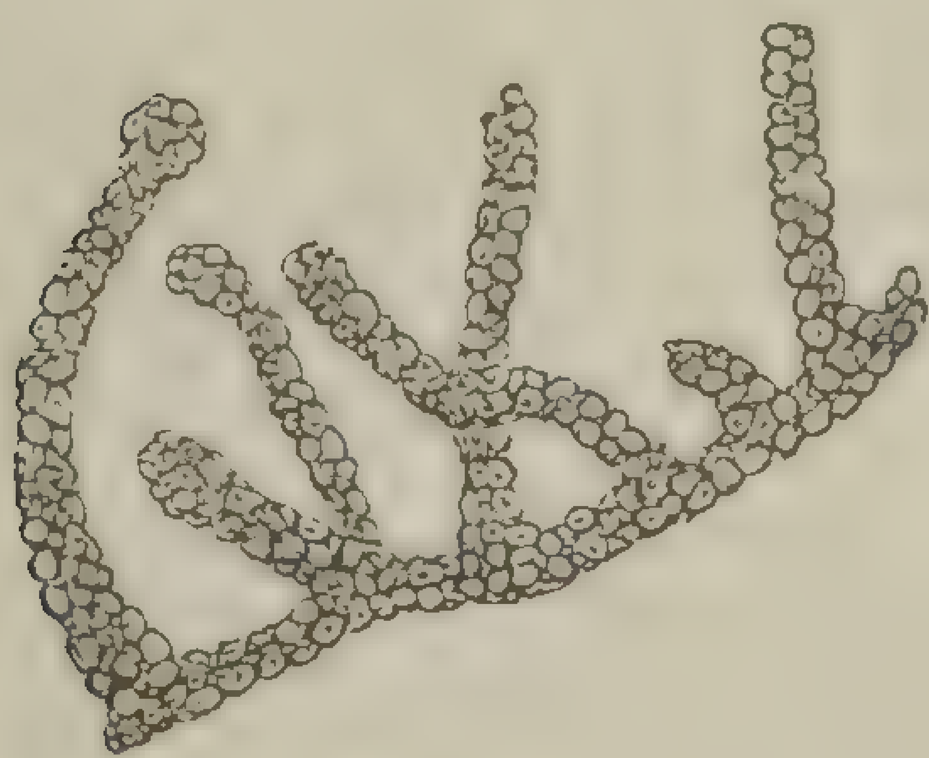


FIG. 39.—Papilas filiformes de la vagina (Kilian).

[1] Ob. cit.

la columna posterior. Dicha membrana mucosa está sembrada de pápilas cubiertas de epitelio pavimentoso. El Dr. Franz Kilian, que fué el primero en describir cumplidamente las pápilas de la vagina, las considera como los órganos de trasmision de las sensaciones, y las representa filiformes, como se ve en la Fig. 39.

La presencia de glándulas mucíparas en los repliegues de la membrana mucosa de la vagina, ha sido objeto de mucha discusion entre los anatómicos, afirmando unos y negando otros positivamente su existencia. Las investigaciones de Huschke, Jarjavay, Jamain, Farre y otros autores eminentes, nos deciden á aceptar su existencia como un hecho indudable, si bien es curioso que Cárlos Robin[1] y Sappey[2] no hayan podido descubrirlas. Puede decirse, pues, que la vagina está tapizada de una membrana mucosa fruncida cubierta de epitelio, y cuyos pliegues están sembrados de pápilas filiformes, entre las cuales se encuentran numerosos folículos mucíparos.

Variedades.—La vaginitis afecta tres formas bastante diferentes entre sí para que sea necesario estudiarlas separadamente. Se denominan como sigue :—

Vaginitis simple ;
Vaginitis específica ;
Vaginitis granulosa.

El Profesor Hildebrandt, de Alemania, ha descrito últimamente otra forma de vaginitis que él designa con el nombre de *adhesiva*, por ser su síntoma característico la produccion de adhesiones entre la vagina y el útero. Tiene su asiento en el tercio superior de la vagina ; la membrana mucosa sangra con facilidad ; y la secrecion es espesa, cremosa y sanguinolenta.

Vaginitis simple.

Definicion.—Esta variedad de vaginitis consiste en la inflamacion de la membrana mucosa vaginal, que no reconoce por causa á la infeccion blenorrágica.

Variedades.—Puede existir en la forma aguda ó en la crónica, pudiendo presentarse una ú otra de estas primitivamente, ó ser una de ellas resultado de la otra. Cualquier causa especial puede escitar la forma aguda, afectando esta rápidamente el carácter crónico ; ó bien principiando la afeccion como un grado ligero de inflamacion, puede tomar de repente un carácter agudo y exasperado. Las dos subdivisiones de la vaginitis simple cuyo reconocimiento á la cabecera de las enfermas constituye un punto importante, son la primaria y secundaria. Existe á veces la afeccion como lesion primaria ; pero mas comunmente depende de las propiedades escoriantes de un humor segregado por la

[1] Diccionario de Nysten. [2] Anatomía descriptiva.

membrana mucosa de la matriz. Bajo estas circunstancias será imposible efectuar la curacion, por ningun tratamiento dirigido á la superficie vaginal; pues aun cuando se consiguiera suprimir la enfermedad que existe allí, esta se renovaría miéntras no se ataque su causa primitiva.

Causas.—Esta afeccion en la gran mayoría de los casos, y particularmente en su forma crónica, depende de una secrecion del útero y le es secundaria. Puede, sin embargo, ser determinada por alguna de las siguientes influencias escitantes:—

Esposicion al frio y á la humedad;
Lesiones por pesarios ó el cóito;
Alteracion de la sangre, como la que existe en la tísis y los exantemas;
Secreciones retenidas y en estado de putrefaccion;
Agentes químicos;
Parto.

No es raro que la forma aguda se desarrolle despues del matrimonio; siendo bastante comun en las prostitutas, cuyo oficio las espone al abuso del acto sexual.

Un pedazo de esponja ú otra sustancia, que, dejáda en la vagina, retenga las secreciones naturales hasta que se establezca la putrefaccion, puede fácilmente dar orígen á esta afeccion; en tres de los casos mas graves que he observado, fué causada por el contacto de una disolucion de ácido crómico con la pared vaginal al hacerse una aplicacion al útero.

Patología.—Al principio de la enfermedad, se pone sumamente vascular la membrana mucosa vaginal, dilatándose sus arteriolas. Hay una esfoliacion rápida del epitelio, dando lugar frecuentemente á erosiones; y á veces se presentan verdaderas úlceras foliculosas y placas difteríticas. En algunos casos, si bien son muy raros, se desprende completamente el tapiz epitelial de la vagina, constituyendo un molde del canal de carácter muy parecido al de la membrana dismenorréica espulsada en ciertas ocasiones por el útero.

En casos muy graves, se estiende la inflamacion á los tejidos submucosos, estableciéndose un verdadero proceso flemonoso que puede terminar en un abceso. La secrecion natural de las partes cesa por espacio de quince ó treinta horas despues de la invasion de la enfermedad, ocurriendo despues un derrame abundante de pus de carácter acre y nauseabundo, seguido, al cabo de ocho ó diez dias, de una secrecion moco-purulenta. Este flujo consiste en serosidad, numerosas células epiteliales, pus, glóbulos sanguíneos, y un animálculo infusorio llamado *trichomonas vaginalis* por Mr Donné, quien primero lo describió. No deja de haber quien crea que dicho *trichomonas* no es mas que epitelio ciliado desprendido del útero; pero es probablemente un animalillo

que existe en el moco vaginal de carácter morboso. Donné, en un principio, lo consideró como característico de la vaginitis específica; pero renunció despues ésta teoría.

Síntomas.—La vaginitis aguda se manifiesta con los síntomas siguientes:—

Sensacion de calor y escozor en la vagina;
Dolor y pesadez en el periné;
Deseos frecuentes de orinar;
Leucorrea purulenta profusa, de carácter nauseabundo;
Dolor pulsativo violento en la pélvis;
Escoriacion de las partes próximas á la vulva.

En la forma crónica, presenta la enfermedad los mismos síntomas, aunque mucho ménos graves. En los casos muy leves solamente se esperimenta una ligera picazon ó escozor, con derrame leucorréico.

Signos físicos.—Cuando es aguda la inflamacion, los labios aparecen hinchados y tensos, y la mucosa vaginal rubicunda y bañada de pus, notándose un gran aumento del calor animal. La introduccion del dedo escita tanto dolor que á veces no se puede tolerar, y al separar los labios sale un flujo moco-purulento, fétido. Si se esplora el conducto vaginal con el spéculum, se observará que su superficie se halla en estado de congestion, presentando en muchas partes erosiones ó quizás ulceraciones foliculosas; notándose tambien que el aspecto inflamatorio se estiende hasta el cuello del útero, de cuyo orificio cuelga generalmente, á manera de tapon, una masa mucosa, segregada por los folículos de Naboth irritados, ó tal vez inflamados.

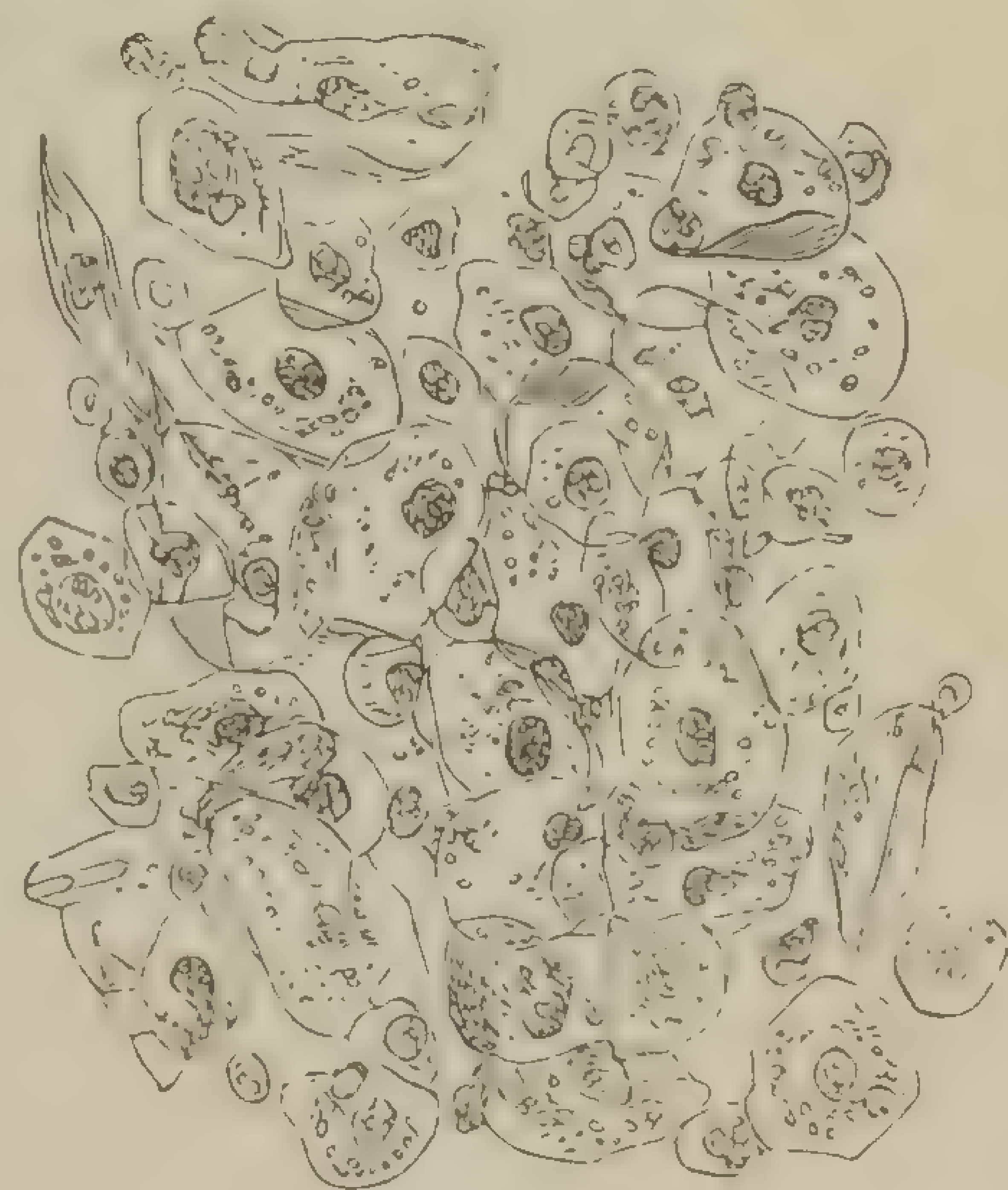


FIG. 40.—Epitelio en todos sus grados de desarrollo, en la vaginitis simple. 220 diámetros. (T. Smith.)

Pronóstico.—El curso de la forma aguda suele ser de dos semanas próximamente; el de la crónica dura por tiempo indefinido, degenerando á menudo en leucorrea vaginal ordinaria, ó mas bien en un estado de que es esta el único síntoma prominente.

Diagnóstico diferencial.—La vaginitis simple puede confundirse con—.

La blenorragia;
La endometritis (catarro uterino);
El abceso de la pélvis;
La degeneracion granulosa del cuello.

De la primera, la distincion es siempre difícil y no pocas veces im-

posible ; los medios con que se puede lograr en algunos casos serán indicados en el artículo referente á la vaginitis específica. Es fácil distinguirla de las otras tres afecciones por medio del spéculum y el tacto vaginal ; de modo que el facultativo solo puede equivocarse si no tiene presente la posibilidad de su presencia, y si forma deducciones basadas en datos insuficientes. He observado dos casos, en los que un flujo vaginal abundante y rebelde se consideraba como resultado de una vaginitis, cuando en realidad era producido por abcesos pelvianos que vaciaban su contenido en la parte superior del conducto vaginal. Una circunstancia que bien puede engañar al observador superficial en tales casos, es la de que existe en efecto la vaginitis en cierto grado, como consecuencia del flujo purulento del abceso. Esta observacion se aplica igualmente á la endometritis y á la degeneracion granulosa.

Complicaciones.—Esta afeccion da lugar algunas veces á una uretritis violenta, y con mas rareza tiene por consecuencia la endometritis, la salpingitis falopiana, y la pélvi-peritonitis.

Vaginitis Específica, ó Blenorragia.

Definicion.—Esta variedad de la afeccion consiste en la inflamacion de la vulva, la vagina y la uretra, causada por un principio contagioso específico trasmitido por un flujo amarillo, purulento.

Patología.—El material purulento, que constituye el elemento contagioso, despues de haber permanecido algun tiempo en contacto con las paredes vaginales, produce, ó escita, en la membrana mucosa que las tapiza, una hiperemia activa que produce calor, tumefaccion, dolor y una abundante secrecion icorosa, purulenta. Esta inflamacion puede ser simulada por la vaginitis aguda simple, pero sus síntomas mas característicos son por lo comun producidos por la influencia contagiosa que dejámos mencionada. La enfermedad puede presentarse al mismo tiempo en todos los puntos ántes enumerados; pero muy á menudo se limita á la parte superior de la vagina, á la uretra, ó á la vulva. En algunos casos queda oculta largo tiempo en el fondo de saco vaginal, sin atacar á ninguna otra parte del conducto ; lo cual esplica, dice Alfonso Guérin,[1] cómo mujeres, sanas al parecer, trasmiten la blenorragia.

Causas.—Así como la escarlatina, el sarampion y la viruela no reconocen mas que una sola causa, la absorcion de un principio contagioso, así tampoco tiene, creo yo, la blenorragia mas que una sola causa. Cierto es que la vaginitis aguda, simple, puede simular tan exactamente aquella afeccion, que el observador mas esperimentado puede equivocarse en el diagnóstico ; pero esto no prueba que las enfermedades sean idénticas. El vírus de la blenorragia produce, como consecuencia constante, resultados inflamatorios; las causas de la vaginitis aguda los

[1] Maladies des Organes Génitaux, p. 285.

producen como un accidente que probablemente no sobrevendría en un estado distinto del organismo de la enferma.[1]

Síntomas.—Es muy poca (y en muchos casos es nula) la diferencia entre los síntomas de esta forma de vaginitis y los de la aguda simple. Pueden enumerarse así :—

Calor y escozor en la vagina ;
Dolor y pesadez en el periné ;
Frecuentes deseos de orinar ;
Escozor durante la emision de la orina ;
Leucorrea profusa, purulenta, de carácter nauseabundo ;
Dolor pulsativo violento en la pélvis ;
Escoriacion de las partes inmediatas á la vulva.

Signos físicos.—Consisten estos, en la tumefaccion, calor, rubicundez y tension, de la vulva, vagina y uretra, presentando estas al principio una sequedad anormal, pero cubriéndose luego de una secrecion profusa de pus blanco, cremoso, y á veces sanguinolento. Cuando la afeccion ha ejercido su influencia de un modo especial en la vulva, se esperimentan prurito, escoriacion, y calor intenso ; y si es la uretra el asiento principal de la enfermedad ó la única parte afectada, de lo cual Ricord y Cullerier citan ejemplos, el fenómeno mas molesto es un escozor violentísimo al orinar.

Diagnóstico diferencial.—De lo dicho se infiere que debe ser sumamente difícil distinguir esta enfermedad de la vaginitis simple, y aun imposible en ciertos casos, por no haber signos que puedan considerarse como positivamente concluyentes. El *trichomonas vaginalis*, conceptuado en un tiempo por Donné como patognomónico de la vaginitis específica, sabemos en la actualidad que existe en el pus de la vaginitis simple ; y la uretritis, que muchos tenían anteriormente por un signo diagnóstico, preséntase algunas veces como complicacion de la vaginitis simple, y otras no existe en la específica.

Hay, sin embargo, ciertos síntomas en vista de los cuales debe sospecharse mucho la naturaleza específica de la afeccion. Son los siguientes :—

El desarrollarse de un modo muy violento y agudo ;
El presentarse en una mujer en quien ántes no existían flujos vaginales ;
La complicacion de una uretritis bien marcada ;
Flujo purulento, copioso ;
Su trasmision al hombre mediante el cóito.

[1] Muchas de las mejores autoridades médicas rechazan esta teoría, opinando no existe nada de específico en la naturaleza de la blenorragia. Sin querer desconocer opiniones contrarias á las mias, he preferido presentar mis convicciones sin entrar en discusiones sobre el asunto.

Si bien es cierto que muchas veces estos síntomas estabilizan nuestras conclusiones, acompañan tambien á no pocos casos de carácter indudablemente simple. Dos veces los he visto presentarse todos, en casos de vaginitis, escitada por el contacto casual de ácido crómico con las paredes vaginales.

Curso, duracion y terminacion.—La duracion de la enfermedad depende en gran manera del tratamiento que se adopte. No es raro obtener la curacion, aun de casos graves, en dos ó tres semanas, midiante un tratamiento conveniente; pero si se les descuida, pueden continuar durante meses, y quizás años. La accion morbosa, estendiéndose al útero, puede existir bajo la forma de una endometritis mucho despues de la desaparicion de la afeccion vaginal; puede interesar á la vejiga produciendo la cistitis; ó comunicarse á las glándulas vulvo-vaginales guiada por los estrechos conductos de estas.

El Dr. Noeggerath ha dado á luz últimamente una memoria notable sobre la "Gonorrea latente del sexo feminino,"[1] en la cual afirma que ciertos fenómenos morbosos de los órganos femeninos, hasta ahora considerados como independientes unos de otros y tratados separadamente, traen orígen colectiva é individualmente de una base comun, la cual es, ni mas ni ménos, la gonorrea. "He procurado demostrar, dice, que, con muy pocas escepciones, la esposa de todo hombre que haya contraido una gonorrea en cualquier época anterior al matrimonio, se halla afectada de una gonorrea latente que, tarde ó temprano, se manifestará en una ú otra de las condiciones morbosas que pasamos á describir. . . . Afirmo, sin temor de equivocarme, que de cada cien mujeres casadas con hombres que han tenido con anterioridad á su union la gonorrea, apénas diez se conservan sanas; padeciendo las restantes ó aquella enfermedad ó alguna de las otras que este trabajo tiene por objeto describir. Y de las diez que han escapado, podemos asegurar positivamente, que en algunas de ellas se desarrollará tarde ó temprano el mal latente, mediante alguna causa accidental."

Las enfermedades á que se refiere este autor como consecuencias remotas de la blenorragia latente, son la perimetritis, tanto aguda como crónica, la ovaritis, y el catarro del conducto genital; las cuales, segun declara, una vez escitadas, son incurables, acibarando y poniendo á péligro la vida de la mujer. Estas mujeres conciben raramente, y cuando esto sucede, ó abortan, ó no paren mas que una vez. Apoya esta asercion presentado la estadística de 81 casos, en que solo 31 de las mujeres concibieron. De las 31, solo 23 parieron á término; 3 tuvieron partos prematuros, y 5 abortaron. De las 23 que parieron á término, 12 tuvieron cada una un hijo durante su vida matrimonial; 7 tuvieron dos hijos cada una; 3 tuvieron tres; y 1 tuvo cuatro; y entre las 23 hubo cinco abortos. El precitado autor asegura que la blenorragia, aunque al parecer curada, puede, tanto en el hombre como

[1] Die Latente Gonorrhea im Weiblichen Geschlecht. Bonn.

en la mujer, existir, durante toda la vida bajo una forma latente y estallar de un momento á otro como inflamacion blenorrágica aguda, ó escitar una metritis ó una perimetritis de gravedad.

Por estraordinarias que parezcan á primera vista estas teorías, las he presentado por estenso, á causa de la posibilidad de su importancia, y por el respeto que me inspira toda opinion emitida por su autor.

Complicaciones.—Numerosas é importantes son las complicaciones de la blenorragia en la mujer. La afeccion toma á veces un carácter escesivamente grave, terminando algunos casos por la muerte. Puede producir los resultados siguientes :—

Bubones ;
Abcesos de la vulva ;
Cistitis ;
Inflamacion de las glándulas vulvo-vaginales ;
Endometritis (metritis catarral) ;
Salpingitis falopiana ;
Pelvi-peritonitis.

Mr. Salmon,[1] que fué el primero en llamar la atencion sobre la inflamacion de las glándulas vulvo-vaginales como resultado de la enfermedad que nos ocupa, declara que es bastante frecuente.

La propagacion de la enfermedad al útero, por las trompas, y al peritóneo, es bajo todos conceptos la mas terrible de todas sus consecuencias, pues ocasiona una pelvi-peritonitis que pone á riesgo la vida de la enferma.

Vaginitis Granulosa.

Definicion y sinónimos.—Esta variedad de vaginitis fué descrita en primer lugar por Ricord bajo el nombre de *psorélytrie.* Mr. Deville,[2] discípulo de Ricord, la describió completamente, en 1844 ; y la estudiaron despues Blatin, Guérin, y otros, bajo los nombres de vaginitis papulosa, glandular, y granulosa.

Patología.—Estos autores la consideraban como una hipertrofia de los folículos mucíparos que yacen entre los pliegues de la mucosa vaginal :—hipertrofia determinada generalmente, creían ellos, por el embarazo, aunque admitían que podía ser tambien resultado de la vaginitis simple ó la específica. Muchos escritores recientes niegan la existencia de esta variedad de vaginitis, creyendo que no es mas que una hipertrofia de las pápilas vaginales, causada por las formas de la afeccion que hemos mencionado. El Dr. Bumstead,[3] refiriéndose á las granulaciones que se encuentran en el conducto, consecutivas á la vaginitis, dice que, "el Dr. Deville las ha considerado erróneamente como peculiares á la

[1] Bumstead on Venereal Diseases, p. 172.
[2] Archives de Méd., serie 4 , t. v.
[3] Ob. cit.

vaginitis de las mujeres en cinta." Scanzoni[1] y West[2] niegan su existencia, basándose en que Mandl y Kölliker han descubierto muy pocos folículos mucíparos en la membrana mucosa de la vagina. Sin embargo, no pueden ménos de parecer insuficientes las bases en que se funda la teoría contraria, cuando al hecho negativo de *no haber* descubierto dichas glándulas estos escelentes observadores, ni tampoco Robin, ni Sappey, se opone el hecho positivo de *haberlas descubierto* Huschke, Jamain, Richet, Becquerel, Guérin, y otros. Aun cuando no existiese tal prueba, de que no sin razon se debe reconocer esta forma de la vaginitis, las investigaciones clínicas demostrarían la esactitud de las deducciones del Dr. Deville.

Esta enfermedad está caracterizada por numerosas granulaciones hemisféricas, del tamaño de medio grano de mijo, sembradas en la membrana mucosa vaginal y en el cuello del útero. Parece que la misma relacion existe entre esta variedad de la afeccion y la vaginitis simple, que entre la vulvitis foliculosa y la purulenta. Tuve una vez ocasion de observar un caso de vaginitis granulosa de aspecto tan estraordinario, que el facultativo que lo curaba había manifestado á la familia de la enferma su temor de que se desarrollase una enfermedad maligna. Pero pronto se convenció de su error, leyendo la descripcion de la enfermedad que realmente existía, y de que él nunca había encontrado un caso hasta entónces. Aunque creo en la existencia de esta variedad de vaginitis, debo confesar que rara vez la he observado fuera del estado de preñez.

Causas.—La hipertrofia glandular que caracteriza á esta afeccion y de la que esta lleva el nombre, es por lo comun resultado directo del embarazo, si bien puede ser producida por la vaginitis simple ó la específica. Algunas mujeres la padecen en sus embarazos sucesivos.

Síntomas.—Manifiéstase por medio de los mismos síntomas mencionados como característicos de la vaginitis simple y la específica; los cuales suelen ir acompañados de prurito de la vulva, y de una erupcion liquenosa en las inmediaciones del púbis. Desaparece generalmente, y á menudo sin tratamiento alguno, al aproximarse el parto para poner término á la gestacion.

Tratamiento de la vaginitis.—El tratamiento de las tres variedades de esta afeccion es tan idéntico, que bastará hacer de él una descripcion general, indicando las modificaciones necesarias para los casos que hayan revistido un carácter sub-agudo ó crónico. Si la enfermedad se presenta con carácter agudo, se prescribirá el reposo completo en cama, prohibiéndose terminantemente la progresion y la cópula. El dolor se alivia introduciendo en el recto supositorios que contengan opio ú otro calmante, y la fiebre se previene ó combate con los refrigerantes, y una dieta ligera y no estimulante. Cada cinco ó seis horas

[1] Diseases of Females, edicion americana, p. 529.
[2] Diseases of Women, edicion inglesa, p. 640.

la enferma, colocando por debajo de las nalgas un bacin, y entre los muslos una vasija con agua caliente que contenga algun calmante, tal como almidon cocido ó una infusion de linaza, salvado ó adormideras, se dará inyecciones de chorro continuo, lanzado contra el cuello del útero con una jeringa ó un irrigador, por espacio de quince ó veinte minutos ó mas tiempo todavía. En el capítulo XV describiremos detenidamente los métodos mas convenientes para las inyecciones vaginales.

Despues de abatida la gravedad del ataque por estos medios, puede añadirse al agua pequeñas cantidades de acetato de plomo ó de sulfato de zinc con láudano, no debiendo disolverse mas de 4 gramos del preparado mineral en 4 litros de líquido. Tan pronto como se hayan disipado los síntomas de la inflamacion aguda, podrá emplearse el sulfato de alúmina, el tanino, ó una infusion de corteza de roble, para hacer aun mas astringente el líquido inyectado. Se administrarán laxantes, aliviando el escozor al orinar por medio de sosa, potasa, ú otros diuréticos alcalinos. Si la accion inflamatoria fuese muy violenta y esperimentase la enferma mucho dolor, se puede con mucha ventaja administrar el opio abundantemente, continuando esta medicacion hasta haber obtenido la tranquilidad completa del sistema nervioso.

Cuando la forma aguda muestra tendencias á revestir un carácter sub-agudo ó crónico, debe introducirse con mucha precaucion el spéculum de Sims, y barnizar todo el conducto de la vagina con una disolucion de nitrato de plata (4 gramos en 30 de agua), taponando bien el canal, sin distenderlo demasiado, con algodon empapado en el glicerolado siguiente:—

℞.	Glicerina,	120 gramos.
	Tanino,	2 "
	Sulfato de morfina,	0,12 "
	Mézclese.	

Este tapon, ú otro saturado en un glicerolado de sulfato de zinc ó acetato de plomo, podrá permanecer *in situ* durante dos dias.

En lugar del tapon, puede, despues de inyecciones copiosas, colocarse todos los dias en la parte superior del canal, por medio del tubo



FIG. 41.—Tubo de goma dura, con émbolo, para la introduccion en la vagina de algodon medicamentoso ó de supositorios.

vaginal representado en la Fig. 41, supositorios compuestos de manteca de cacao, ó de gelatina y goma de tragacanto, con persulfato de hierro, alumbre, cobre, zinc, ú opio.

La siguiente es una fórmula útil:—

℞.	Acido tánico,	4 gramos.
	Sulfato de morfina,	0,18 "
	Manteca de cacao,	c. s.

H. S. A. 10 supositorios.

Para colocar uno en la vagina mañana y noche, despues de la inyeccion.

En algunos casos, como, por ejemplo, cuando existe gran estrechez ó sensibilidad de la vagina, se resistirán las enfermas por el tamaño del tubo vaginal de supositorios. En tales casos se podrá usar el pequeño tubo rectal de supositorios. El vértice del cono del supositorio se ajusta en la abertura del tubo, donde permanece con suficiente tenacidad para poderlo introducir hasta el cuello del útero.

Cuando se va convirtiendo en crónica la enfermedad, el estado general de la enferma será objeto de solícita vigilancia, recurriendo inmediatamente al tratamiento tónico ó calibeado, si fuese indicado. Durante la cura de esta enfermedad, debe prohibirse el uso de estimulantes, especias, y alimentos condimentados.

CAPÍTULO VIII.

ATRESIA DE LA VAGINA.

Definicion y sinónimos.—La voz atresia, del griego, *α*, privativo, y *τραω*, "yo perforo," significa un estado de imperforacion, y debiera, en su acepcion absoluta, contraerse á espresar el cerramiento completo de una abertura ó canal; pero el uso ha justificado su empleo para denotar cualquiera oclusion ú obliteracion tal que esclya el caso de la categoría de las estrecheces.

La imperforacion del conducto genital de la mujer puede existir en la vulva, en la vagina, ó en el mismo canal uterino. Aquí nos ocuparemos solamente de las variedades que afectan la vagina y llevan el nombre que sirve de encabezamiento á este capítulo.

Historia.—Hipócrates[1] y Aristóteles aluden á esta condicion, atribuyéndola el primero al parto, y describiendo el segundo sus variedades accidentales y congénitas. Celso le dedica un capítulo, y mas tarde ocupa sucesivamente la atencion de Aecio, Avicenna, Lanfranc, Wierus, Ruysch, Mauriceau, y Roonhuysen. Tambien Heister y Boyer aumentaron nuestros conocimientos acerca de ella; pero fué reservado á las atrevidas investigaciones de Amussat y de Debron colocar su curacion entre las conquistas de la cirujía moderna.

Patología.—Una vagina, ántes perfectamente desarrollada, puede cerrarse por la adhesion de sus paredes, debida á una lesion determinada por medios mecánicos, químicos, ó patológicos; puede disminuirse su calibre con motivo de la separacion absoluta de sus estructuras componentes, causada por la ulceracion ó el esfacelo; ó las demas partes del aparato genital de la mujer pueden alcanzar un desarrollo completo, al paso que la vagina, interrumpida la marcha de su crecimiento, permanece mas bien como un cordon fibroso, que un conducto capaz de distension.

Variedades.—La atresia puede ser congénita ó accidental; parcial

[1] Puech, De l'Atrésie des voies génitales de la femme. Paris, 1864.

ó completa. En un caso de *stillicidium mensium*[1] que se presentó en la clínica de las enfermedades de mujeres en el *College of Physicians and Surgeons*, encontré la vagina al parecer del todo cerrada en su parte media, aunque daba paso á una corta cantidad de sangre menstrual. Examinando atentamente las partes, se descubrió una pequeña abertura que apénas dejaba pasar una tienta, y que comunicaba con una bolsa situada entre la estrechez vaginal y el cuello del útero, cuya bolsa contenía algunas onzas de sangre espesa y tenaz.

Si es congénita la atresia, hay probablemente obliteracion completa del conducto, aunque esto es raro; por lo comun la estrechez ocupa la parte superior, la media ó la inferior del canal.

Causas.—Las causas de esta enfermedad pueden enumerarse como sigue:—

Desarrollo interrumpido;
Partos laboriosos y prolongados;
Agentes químicos aplicados localmente;
Agentes mecánicos;
Esfacelo como consecuencia del deterioro de la vitalidad;
Ulceraciones sifilíticas, ú otras, estensas.

Uno de los casos que yo he observado provino de la sífilis; otro, de un parto prolongado; otro, de perforacion determinada por una astilla de madera introducida en la vagina; y otro, de la retencion del cuerpo del feto durante dos horas despues de espulsada la cabeza. Las fiebres continuas y eruptivas, el tifo, la escarlatina, la viruela, etc., merecen especial mencion como causas del esfacelo, por el deterioro de las fuerzas vitales que producen, y M. Courty[2] cita el cólera como productor del accidente. El Dr. Trask, de Astoria, N. Y., ha escrito un escelente artículo sobre este asunto, basando sus conclusiones sobre treinta y seis casos, de los cuales quince resultaron de partos prolongados.

Síntomas.—La enfermedad solo demuestra su existencia inhabilitando la vagina para dos de sus importantes funciones: la cópula, y el paso del flujo menstrual; pudiendo pasar desapercibida en las personas muy jóvenes y las ancianas. La paciente acude generalmente al médico con motivo de la amenorrea ó de la imposibilidad de efectuar el cóito. Si ha tenido lugar la hemorragia menstrual, se hallará por lo comun una gran cantidad de sangre aprisionada mas arriba de la estrechez del canal; y violentas contracciones uterinas habrán demostrado los esfuerzos que ha hecho la matriz para espulsar la acumulacion. Estos son los únicos signos racionales que se presentan; pero bastan para demostrar al médico la necesidad de un exámen físico.

Signos físicos.—Colocada de espaldas la enferma, se descubre la imposibilidad de introducir el dedo en la vagina, y la investigacion de-

[1] Término empleado por Aecio, Tetrab. iv., p. 990.
[2] Mal. de l'Utérus, p. 369.

mostrará no ser esto debido al vaginismo, á la imperforacion del hímen, ó á la adhesion de los grandes labios; descubriéndose comunmente por el tacto rectal á la vagina como un cordon fibroso en la cavidad pelviana.

Resultados.—La simple obliteracion de la vagina no da lugar á ninguna perturbacion directa ó inmediata. Pero en ciertos casos en que la sangre menstrual, derramada por los vasos de la mucosa uterina, se va acumulando, de mes en mes, en la parte del canal encima de la estrechez, ó en el útero, que se distiende por su retencion, puede verificarse la rotura de este órgano, ó de las trompas de Falopio; el líquido puede refluir pos estas al peritóneo, ocasionando un hematocele de la pélvis; ó bien la retencion podrá producir todos aquellos síntomas nerviosos y cerebrales tan característicos de semejante accidente.

Pronóstico.—El pronóstico de estos casos, respecto á la posibilidad de destruir la condicion anormal, depende de la estension y el grado de la obliteracion y de la destruccion de los tejidos. Cuanto menor cantidad de tejido vaginal se encuentre por medio del tacto rectal y del exámen con una sonda introducida en la vejiga, y cuanto mas completa y general sea la adhesion de las paredes vaginales, tanto mas semejanza tendrá el caso con el de ausencia absoluta de la vagina. En cuanto á la curacion radical, el pronóstico depende en gran manera de la enferma. Si, sensata y perseverante, la mujer mantiene, no por meses, sino por años, dilatado el conducto á beneficio de un tapon vaginal, suele obtenerse un resultado bueno y permanente; pero si, por el contrario, desconoce el peligro á que la espone la cesacion del uso de este medio, concluye por verificarse casi infaliblemente la contraccion. Durante la operacion de formar un canal entre la vejiga y el recto, se corre riesgo de herir una de estas dos vísceras, ó de abrir el peritóneo en el fondo de la vagina. Si se encuentra y evacúa un depósito de sangre menstrual, nada tiene de estraño que sobrevenga la muerte, de resultas de la septicemia, de una absorcion purulenta, ó de una endometritis séptica que termine en una linfangitis, ó en una salpingitis y una peritonitis.

Diagnóstico diferencial.—Antes de adoptar un procedimiento quirúrgico para la cura de la atresia, debe distinguírsela de la imperforacion del hímen ó de la falta de la vagina. Muy rara vez, ó nunca (Scanzoni[1] dice que nunca), existe esta última sin la ausencia simultánea de la matriz y el desarrollo rudimentario de algunos de los órganos genitales esternos. Si hay obliteracion de la vagina, es fácil reconocerlo generalmente, introduciendo un dedo en el recto y una sonda en la vejiga: se percibe la vagina como un cordon duro y fibroso. Hállase á veces un culo de saco corto, en la estremidad vulvar, y otro en la uterina, unidos por un cordon de carácter fibroso.

Puede darse por seguro que se trata de un caso de falta de la va-

[1] Dis. of Fem., Ed. am., p. 478.

gina, y no de atresia completa, cuando, á mas de la deformidad de los órganos esternos de la generacion, ni se puede descubrir el útero, ni hay manifestacion de malestar en las épocas menstruales. Pero, gracias á la osadía de Amussat, ni aun la ausencia de la vagina impide establecer un canal artificial. La importancia de la distincion consiste en que el cirujano debe ser doblemente circunspecto en sus tentativas, y reservado en lo tocante al pronóstico. Puede, de buenas á primeras, parecer inútil recurrir á un procedimiento operatorio para abrir la vagina, cuando no hay indicios de la existencia del útero ó de los ovarios, ni se esperimenta incomodidad por la retencion de la sangre menstrual; pero muchas veces es tanta la infelicidad que le acarrea á una mujer la imposibilidad de consumar el acto sexual, que esto le sirve de estímulo á reclamar los recursos del arte, y justifica plenamente la intervencion del cirujano.

Tratamiento.—La evacuacion repentina de la sangre menstrual que ha estado aprisionado largo tiempo en el útero y la vagina, nunca deja de ser un procedimiento peligroso; habiendo habido casos en que determinó una peritonitis mortal, aun cuando la causa de la obstruccion consistía simplemente en un hímen obturador. El principal peligro estriba, probablemente, en que el líquido aprisionado dilata el útero y las trompas falopianas, haciéndolos tan sensibles que la entrada del aire produce una endometritis séptica, la cual, en su curso y terminacion, se asemeja mucho á la forma mas comun de la fiebre puerperal. He observado dos casos que terminaron funestamente: uno en mi práctica, y el otro en la del Dr. Charles S. Ward. En ámbos se desarrolló, al parecer, la septicemia, tal vez como consecuencia de la linfangitis; y en uno se manifestó una peritonitis secundaria. Esto, sin embargo, no pasa de ser una simple suposicion, basada en casos que la necroscopia ha demostrado ser de semejante carácter. En ninguno de los dos mencionados se obtuvo el permiso de la autopsia.

En vista de las razones que dejamos espuestas, no deben evacuarse tales acumulaciones sino con la mayor precaucion; y conviene que el cirujano prevenga siempre á los parientes de la enferma que la operacion puede tener consecuencias funestas.

Métodos para evacuar la sangre menstrual retenida.—Las acumulaciones de sangre menstrual pueden evacuarse de dos modos: por la aspiracion, y por la puncion con un trocar fino, impidiendo la entrada del aire. La gran ventaja del primer método es, que por su medio puede el operador alcanzar el líquido á través del recto, de la vagina, ó de las paredes del abdómen, segun crea mas conveniente; y esto sin la introduccion del aire, el cual obraría como un tóxico directo sobre las superficies mucosas anormales. Lo mas seguro es estraer el líquido poco á poco, y no todo á la vez. Cada tres ó cuatro dias puede estraerse un poco, á beneficio del aspirador, hasta dejar vacía la cavidad. Téngase presente que la cantidad de líquido no se vá acrecentando cons-

tante y gradualmente, sino que el aumento se verifica repentina y muy abundante en la época menstrual.

Ha habido casos en que sobrevino la rotura de las trompas, despues de haberse evacuado la acumulacion uterina. En estos, una coleccion tubaria, debida al flujo menstrual de la membrana mucosa salpingiana, se enquistó de resultas de una estrechez de la trompa. El vaciamiento brusco del útero causa contracciones de las paredes de la trompa, y el derrame en la cavidad peritoneal de lo contenido en aquella. Disminuye el peligro estráyendose gradualmente la masa de sangre aprisionada en el útero.

Habiendo estraido poco á poco toda la sangre líquida, se lava perfecta y repetidamente la cavidad vacía, con agua caliente fenicada ; lo cual se ejecuta con facilidad haciendo funcionar en sentido inverso el aspirador. Es indispensable entónces el mas completo reposo, en la posicion horizontal, manteniendo á la enferma bajo la influencia del opio y la quina en pequeñas dósis, durante cuatro ó cinco dias.

Mediante la atenta observacion de estos casos, puede reconocerse la época menstrual casi siempre, y determinada esta, se dará principio al tratamiento cuatro ó cinco dias despues de su desaparicion, continuándolo por espacio de diez dias, poco mas ó ménos. En seguida se procurará destruir la oclusion que ha ocasionado el mal.

Preguntarán tal vez algunos lectores : ¿ qué se ha de hacer en caso de no poderse obtener un aspirador ? Si la distension uterina es tan grande, que sea peligrosa la demora, ó imprudente emprender la enferma un viaje, se puede reemplazar el aspirador con un trocar muy delgado, poniéndolo, á efecto de un tubo de goma, en comunicacion con una jeringa de Davidson, ú otro aparato aspirante. El trocar con su cánula se introduce á traves del tejido obturador, ó de la pared rectal, para dar salida al líquido.

Bernutz,[1] creyendo que la introduccion del aire en una matriz, hasta entónces mantenida al abrigo de su contacto, causa contracciones que determinan el derrame en la cavidad peritoneal de la sangre aprisionada, propuso, para evitar dicho accidente, este método. Operar ocho ó diez dias despues de las reglas, por hallarse entónces bien establecida la calma consecutiva á aquellas, y bastante remota la época menstrual siguiente. Para practicar la puncion, se servía de un trocar muy delgado, cubierto con película de tripa de buey, efectuando de este modo el vaciamiento gradual sin dar entrada al aire. No dejaba en posicion el trocar, prefiriendo volver á introducirlo, cuando era menester. La terminacion funesta de cuatro casos le hizo adoptar estas precauciones.

Despues de evacuar toda la sangre acumulada y de haber disminuido el volúmen del útero distendido, recomendaba se mantuviese "*permanentemente franco el canal escretor, por medio de una incision tan*

[1] Clin. Méd. sur les Mal. des Femmes, t. i., p. 303.

estensa como se creyese conveniente de la membrana obturadora, y el uso de la dilatacion."

Pero de todos los métodos para evacuar la acumulacion uterina, el de la aspiracion es á la vez el mas seguro, el mas sencillo, y el ménos doloroso.

Con la muchedumbre de casos funestos que figuran actualmente en los anales de la cirujía, debidos á la evacuacion repentina de modo que el aire puede penetrar en la cavidad ; y teniendo, como tenemos, á nuestra disposicion los medios para conjurar en cierto grado semejantes peligros ; se presenta una cuestion que cada cual debe decidir para sí, á saber: si, cuando no hay urgencia (y de ordinario no la hay), no es absolutamente culpable el operador que, en estos tiempos de telégrafos y ferrocarriles y de profusion de beneficencia médica, y desconociendo los hechos existentes, espone á su enferma á un riesgo que la ciencia le proporciona los medios, cuando ménos, de minorar en gran parte.

Operacion para la abertura de la vagina obliterada.—Si existe alguna duda acerca de la presencia ó el tamaño del útero, ó la posicion que ocupa, debe hacerse un exámen completo y satisfactorio, ántes de operar, introduciendo la mano en el recto, despues de haber distendido el esfínter del ano.

Cuando una gran obesidad imposibilita la apreciacion de la cantidad de tejido entre la vejiga y el recto, ó séase en la direccion en que hay que abrir, ó quizás formar absolutamente, la vagina, puede dilatarse con rapidez la uretra por medio de sondas, lo suficiente para poder penetrar el dedo hasta la vejiga. Introdúcese entónces en esta el dedo índice de la mano izquierda, y el índice y el del medio de la derecha en el recto, de cuyo modo se puede apreciar el espesor del tabique interpuesto entre ámbas vísceras.

Antes de operar, se debe anestetizar á la enferma, evacuar el recto y la vejiga, y colocar á aquella en la posicion de litotomía, sobre una mesa sólida cerca de una ventana por donde entre mucha luz.

Dos ayudantes, sosteniendo los muslos, separan los labios, miéntras que un tercero, de rodillas al lado del operador, introduce un dedo en el recto. En seguida se introduce en la vejiga una sonda de acero, y la mantiene con la mano derecha el ayudante que se halla á la izquierda de la mujer. Ahora este mismo ayudante sujeta debajo de su brazo izquierdo la rodilla de la mujer, separa el labio con la mano izquierda, y con la derecha mantiene la sonda, con una suave insistencia hácia adentro de la vejiga, á fin de que pueda reconocer su presencia el dedo del operador á medida que se va abriendo camino en la vagina. Con unas tijeras corvas llevadas por el dedo al sitio de la obliteracion, se corta trasversalmente y con mucho cuidado el tejido entre la uretra y el recto, haciendo penetrar en seguida el dedo en la abertura que se ha hecho. Esta es casi la única ocasion en que se debe usar el cuchillo ; lo restante de la operacion debe hacerse principalmente con el dedo.

Este, por el sentido del tacto, indica exactamente al operador el grado de aproximacion á la sonda de la vejiga por un lado, y al dedo del recto por el otro. La facilidad con que se separan las paredes vaginales adheridas entre sí, ó se abre una nueva via á traves de los tejidos, parecerá sorprendente al que no haya practicado este método. El uso de las tijeras ó de un bisturí corvo, de boton, será de vez en cuando necesario, pero esta necesidad constituye, cada vez que se presenta, un nuevo elemento de peligro.

Así que el cirujano se acerca á las regiones vecinas al cuello del útero, podrá hallarse confuso respecto á la posicion de este. Entónces debe comprimir el hipogastrio con la mano libre, á fin de empujar hácia abajo, al encuentro de su dedo, el cuello endurecido. Si se siente desorientado todavía, introduce en el recto los cuatro dedos de la mano derecha, y aun la mano entera, ménos el pulgar, coge el útero, lo mantiene firme y empuja el cuello hácia abajo al encuentro del dedo que se halla en la vagina. Si, á pesar de esto, no logra determinar la posicion de las partes, debe colocar un dilatador en la vagina, y suspender la operacion, para concluirla trascurridos ocho ó diez dias. De ordinario, si, despues de haber esplorado perfectamente la pélvis, el operador toma las precauciones ántes indicadas, dará con el útero, con tal que este órgano exista.

Tal es, segun dicen, el procedimiento operatorio que fué adoptado por Amussat en 1832, y mas tarde por Dupuytren. El Dr. Emmet, que ha tenido mucha esperiencia de estos casos, dice, que si se forma el nuevo canal por medio de incisiones con las tijeras, y el desgarro de los tejidos con los dedos, habrá ménos probabilidad de seguirse la contraccion y la atresia, que si se empleara el cuchillo. Segun su esperiencia, las incisiones practicadas con el cuchillo se llenan de granulaciones y sufren una contraccion cicatricial con mucha mas rapidez.

De cualquier modo que se practique la operacion para la atresia de la vagina, siempre es de temerse que se repita la oclusion, lo que sucederá infaliblemente á ménos que se tomen medidas especiales para mantener franco el conducto. Con objeto de evitar semejante resultado, se introducirá en la vagina un dilatador de vidrio, como el que va representado por la Fig. 38, manteniéndolo en posicion durante algunas semanas, asegurado con un vendaje de T ; y despues se introducirá todas las noches durante muchos meses, ó años, si fuere necesario. En los casos de obliteracion completa del canal, aun estas tentativas pueden ser ineficaces, verificándose la contraccion en la parte superior y estendiéndose gradualmente hasta la entrada de la vagina.

Si ha habido una acumulacion de sangre menstrual encima de la constriccion de la vagina, concluida la operacion, se mantiene el conducto perfectamente limpio por medio de inyecciones de agua tibia, practicadas dos veces al dia. Cuando el útero y las trompas se hallan distendidos por líquido retenido, se lava bien la cavidad del primero,

inmediatamente despues de la operacion, con agua templada que contenga una pequeña cantidad de ácido fénico, de tintura de yodo, ó de la disolucion de sosa de Labarraque. Luego se mantendrá la enferma recostada y tan tranquila como sea posible, y bajo la influencia de una ligera dósis de opio.

La época en que se debe recurrir á la operacion para la atresia congénita es un asunto de no poca importancia. Velpeau recomienda que se opere durante la infancia; al paso que Puech, Boyer, y otros consideran como mas oportuno el período de la pubertad y próximo á la menstruacion. Si ha llegado la época de la menopausis, no es necesaria la operacion.

No debe olvidarse que el retardo de la operacion suele tener resultados funestos durante el período de actividad menstrual, por cuanto en gran número de casos la muerte ha sido determinada por la rotura de las trompas de Falopio, y aun del utero mismo, segun las observaciones de Puech. Este autor trae sus conclusiones de 258 casos de atresia, en 18 de los cuales hubo rotura de las trompas falopianas, de resultas de la distension determinada por la sangre menstrual. En un caso de atresia, yo he visto un hematocele del tamaño de la cabeza de un recien-nacido, debido al reflujo de la sangre á traves de las trompas á la cavidad peritoneal. Es muy probable que la agitacion moral de la enferma y los esfuerzos que hace durante la operacion contribuyan á la penetracion de la sangre en el peritóneo, segun ha observado Bernutz. Conviene, pues, emplear todos los medios posibles para evitar aquellos, cuidando de no ejercer presion sobre el útero durante el exámen ó al tratar de contener á la enferma.

Segun la interesante relacion de un caso de atresia operado por el Dr. Grange Simons,[1] de Charleston, se hizo una abertura á traves del fondo de la vagina, y no habiéndose encontrado el útero, fué abandonada la operacion. La mujer menstruó despues, á traves de aquella abertura. Murió posteriormente, del tétano, y se vió que la abertura vaginal comunicaba con una trompa falopiana que se hallaba adherida á la vagina.

[1] Transactions of the South Carolina Medical Association, 1872.

CAPÍTULO IX.

PROLAPSO DE LA VAGINA, Y HERNIAS VAGINALES.

Prolapso de la Vagina.

Los descensos de la vagina, del recto, y de la vejiga, tienen tan íntima relacion con el prolapso del útero que pareceria muy válida la idea de añadir este capítulo al que trata de esta última afeccion. He evitado esto espresamente, deseando llamar la atencion del lector de un modo particular al prolapso de la vagina como condicion primaria, que existe á menudo por largo tiempo sin ser acompañada del descenso de la matriz, á la cual precede con frecuencia como influencia causal. En atencion á la gran importancia de ámbos asuntos, no pido se me disimulen las repeticiones que puedan ocurrir en uno y otro capítulo.

Definicion y sinónimos.—Los órganos pelvianos de la mujer mantienen su posicion propia, y sus relaciones mutuas, por un mecanismo cuya sencillez y perfeccion ofrece un ejemplo escelente de la justa relacion de los medios con el fin, que tan á menudo se revela en la economía animal. El útero se halla sostenido de tal modo que puede, cuando así lo requiera la preñez, ú otras circunstancias, elevarse ó deprimirse, ó inclinarse hácia adelante ó hácia atras; miéntras que la vejiga, el recto, y la parte inferior del intestino delgado, se mantienen en su posicion, y continúan distendiéndose y vaciándose sin cambio alguno importante de sus relaciones.

Los agentes á que se debe principalmente la realizacion de este resultado, son la vagina, el peritóneo, los ligamentos del útero, y el tejido areolar de la pélvis. La primera ejerce una funcion importante. Por su medio es, mayormente, que se sostienen el útero y el asa sobrepuesta del intestino delgado; impide la caida de la vejiga hácia atras cuando esta se halla repleta, y la dislocacion hácia adelante de la pared anterior del recto. El Dr. Savage[1] ha dicho "que en ninguna circunstancia sirve la vagina de apoyo al útero;" pero es difícil convenir

[1] Lancet, febrero, 1858.

en semejante aserto cuando vemos en la práctica que pueden sostenerse perfectamente el útero, la vagina, y la vejiga, en prolapso, por medio ya de astringentes aplicados á las paredes vaginales, ya de operaciones para angostar aquel conducto, ó bien con solo reforzar posteriormente sus paredes mediante la restauracion del periné.

Se llama prolapso aquel estado en que la falta de tono en las paredes vaginales es causa de su relajacion y descenso hácia la vulva; pero se la incluye á menudo bajo los nombres de prolapso del útero, cistocele, enterocele, ó rectocele, porque una vez suprimido el apoyo que ofrecia anteriormente la vagina, resulta por lo general el descenso del útero, del intestino delgado, de la vejiga y de la pared anterior del recto. Con motivo de la gran diversidad de opiniones que existe respecto á la naturaleza del prolapso de la vagina, es indispensable que, ántes de seguir mas adelante, comprendamos perfectamente su definicion. Algunos sostienen que las hernias de las vísceras próximas á la vagina no deben incluirse bajo el nombre de prolapso, el cual, segun dice Colombat, "es una inversion de la membrana tapizadora interna, causada por la infiltracion del tejido celular que une la membrana mucosa á las subyacentes." Otros opinan que el verdadero prolapso es imposible sin la dislocacion simultánea de uno ó varios de los órganos pelvianos inmediatos. Todos admiten, por de contado, que un desarrollo exuberante ó hipertrofia, como la que se produce durante la gestacion, puede determinar la salida de una parte del conducto vaginal por la vulva; pero no es esta la condicion á que de ordinario se da el nombre de prolapso de la vagina. El Dr. Savage[1] se espresa como sigue sobre esta materia: "El prolapso de la vagina solo, ó el prolapso de la membrana mucosa vaginal solo, son dos afecciones que, bajo el punto de vista anatómico, parecen imposibles."

No deja de ser importante la cuestion de si es posible el prolapso de la vagina sin que ocurra el rectocele, el prolapso del útero, ó el cistocele. La pared superior, ó anterior, de la vagina se halla en union íntima con la base de la vejiga y la cara anterior del cuello de la matriz, é indirectamente ligada al sacro por medio de los ligamentos útero-sacros. Esta pared contribuye á sostener el útero, la vejiga y el intestino delgado. La pared posterior no está unida con tanta solidez al recto, aunque su adhesion es bastante fuerte en la estremidad del fondo de saco útero-rectal del peritóneo. Al llegar al tabique perineal, punto un poco mas arriba de la vulva y precisamente en el borde superior del cuerpo perineal, se separan las paredes musculares de la vagina para insertarse en las ramas isquio-pubianas. El músculo pubio-coxigeo, verdadero esfínter de la vagina, estrecha el canal en aquel punto. La membrana mucosa del conducto se estiende hácia abajo hasta la horquilla. Estas disposiciones anatómicas esplican la gran rareza del prolapso de la vagina sin la dislocacion simultánea de una ó mas de las

[1] Female Pelvic Organs.

vísceras que la rodean, y el que cuando se presenta como enfermedad distinta, el descenso por lo general interesa solamente la pared posterior. Jamas he observado un solo caso de prolapso completo de la pared anterior, sin coincidencia del descenso de la vejiga; pero sí he observado muchos casos de inversion de la posterior sin ningun cambio en la posicion del recto.

Patología.—Cualquiera influencia que disminuya la tonicidad y la resistencia natural del conducto de la vagina, aumentando anormalmente su volúmen ó laxitud, ó destruya sus bases inferiores de apoyo, producirá este desórden. La preñez y el parto, combinando casi todas estas influencias, y no pocas veces todas, pueden considerarse por lo general como causas predisponentes y escitantes. El desarrollo de la vagina y aumento de peso del útero consecutivo á la preñez, unidos á la distension del canal y debilitacion del esfínter, determinadas por el parto, concurren á producir el prolapso. A medida que se desarrollan las células de que provienen las fibras musculares uterinas para hacer del útero, tan insignificante en el estado de vacuidad, el órgano poderoso que expulsa el feto llegado á termino, crecen tambien las de la vagina, de las trompas falopianas, y de los ligamentos uterinos. Estas partes vuelven á recuperar sus dimensiones primitivas, por el mismo proceso de involucion que reduce el volúmen y peso de la matriz; y todas aquellas influencias que interrumpen en el útero este trabajo importante, causando la subinvolucion, lo afectan igualmente en las demas partes mencionadas, volviéndolas débiles y atónicas.

El prolapso de la vagina, aunque puede presentarse, es sumamente raro, escepto en las mujeres que han parido. Sir Astley Cooper observó un caso en una jóven de diez y siete años admitida en *Guy's Hospital*, por un supuesto prolapso del útero; y el Profesor Meigs[1] afirma que el Dr. Mütter, de Filadelfia, lo vió presentarse de resultas de un acceso de convulsiones, en una criatura de seis meses.

Causas.—En vista de lo que acabamos de decir, las siguientes causas se deducen naturalmente como las mas aptas para producir esta dislocacion:—

Esfuerzos violentos de los músculos abdominales;
Partos repetidos;
Atrofia senil de las paredes vaginales;
Rasgadura del periné;
Distension, con anterioridad, por tumores;
Vaginitis de larga duracion;
Subinvolucion de la vagina.

La subinvolucion de la vagina es la mas frecuente de todas estas, y con mas especialidad cuando se acompaña, como sucede á menudo, de

[1] Meigs, Traduccion de Colombat.

la rasgadura del periné. La atrofia senil y absorcion del tejido adiposo inmediato merecen considerarse despues en el órden de frecuencia.

Es evidente que todas ellas obran, ya debilitando las paredes vaginales por una simple distension mecánica, ya privándolas de su tonicidad, ó sustrayendo los puntos de apoyo del canal en la vulva.

Variedades.—La dislocacion puede revestir dos formas: aguda y crónica. La fuerza del canal puede ser vencida por un esfuerzo violento, un acceso de tos, contracciones abdominales ó uterinas ú otros movimientos análogos, que con gran rapidez empujan hácia abajo sobre las vísceras pelvianas lo contenido en el abdómen. Este fenómeno, que es muy raro, va acompañado generalmente del descenso repentino del útero, ó se presenta poco despues del parto. La forma comun de la afeccion es aquella en que una ó varias de las causas enumeradas, por medio de su accion lenta y continua, vence gradualmente la resistencia de la vagina, causando poco á poco el descenso de un repliegue hácia la vulva y aun fuera de ella. La primera variedad resulta de esfuerzos de pocos minutos de duracion; la segunda, de un trabajo morboso que ha durado meses y aun años. El prolapso de una pared, al que se ha dado el nombre de prolapso incompleto, escapa á menudo á la observacion, á causa de la hernia de la vejiga, del recto ó del intestino, que con él se presenta. Por lo tanto el cistocele, el rectocele, y el enterocele pueden considerarse tambien como complicaciones de la afeccion.

Curso, duracion, y terminacion.—Un ataque repentino de prolapso, combatido por los medios apropiados, y manteniéndose la enferma en reposo, podrá desaparecer, y no repetirse; pero en la variedad que se produce gradualmente, la duracion es indefinida. Por lo comun, no se consulta al médico hasta despues de haber existido el prolapso largo tiempo, y revistido la forma crónica. Sus resultados mas importantes son el prolapso del útero, de la vejiga, y del recto, siendo casi seguro que se seguirá uno ú otro de estos.

Pronóstico.—Del grado y duracion de la enfermedad depende el pronóstico, en cuanto á la curacion. Por grave que sea su carácter puede siempre aliviarse por los medios quirúrgicos, siendo comunmente incurable por el tratamiento médico.

Síntomas.—Cuando existe sola la dislocacion de la vagina, es decir, sin determinar la hernia de los órganos vecinos, entónces la enferma acusa un malestar de la vagina, con contracciones de arriba hácia abajo, como si tratase de espeler algun cuerpo estraño; una sensacion de calor, plenitud, y latidos en la vulva; cierto grado de incomodidad en la pélvis, al andar ó al hacer cualquier esfuerzo muscular; y visos de languidez, si la afeccion es de carácter grave. El exámen físico revela la presencia de un tumor entre los labios, y por el tacto se reconoce que no contiene líquido, aunque no sea sólido de suyo. Algunas veces hay escoriaciones y ulceraciones de la mucosa que lo cubre, presentando esta un color violáceo, y otras se presenta lisa, lustrosa, endurecida, y

cubierta de epitelio pavimentoso. El prolapso vaginal, simple, de alguna estension, es, como hemos dicho, bastante raro. Cuando ocurre, interesa comunmente la pared posterior; pero el prolapso acompañado de hernia, afecta con mas frecuencia la pared anterior, habiendo el cistocele. Cuando el caso se complica de un prolapso rectal ó vesical, además de los síntomas que acabamos de enumerar, se presentan otros que dependen del desarreglo funcional de la parte que forma la hernia. Los síntomas culminantes son algunas veces relativos á la vejiga; otros, al recto; y raras veces al intestino delgado.

El tratamiento de la inversion de la vagina es, con ligeras modificaciones, el mismo en los casos simples que en los complicados, y volveremos á él despues de haber estudiado la hernia vaginal.

Hernias Vaginales.

Cistocele.

El cistocele, ó hernia vésico-vaginal, consiste en el descenso de la vejiga hácia la vulva, ocupando el canal de la vagina. Cuando la pared anterior de la vagina, que se halla estrechamente adherida á la vejiga, cuya base sostiene parcialmente, deja de proporcionar la resistencia necesaria, la vejiga, parte por esta causa, y parte por ceder á la fuerza de traccion que la solicita, desciende, formando en la vagina un saco pequeño; el cual, de poca entidad al principio, se va desarrollando hasta formar un verdadero tumor y sale por entre los grandes labios. La bolsa así formada viene á ser una especie de divertículo, que, una vez lleno de orina, no puede vaciarse durante la emision ordinaria de esta secrecion. La orina se descompone, con desprendimiento de amoniaco libre, y se establece una cistitis, ó catarro vesical, que molesta á la enferma con dolores, calor, tenesmo vesical, y escozor al paso de la orina. Si hay duda acerca del carácter del tumor vaginal, se introduce en este por la uretra una sonda ó cáteter encorvado, para resolver la cuestion.

Es una discusion interesante la que tiene por objeto determinar si el cistocele puede alguna vez causar el prolapso vaginal, en vez de serle consecutivo. Es probable que pueda causarlo en casos muy raros, aunque semejante relacion entre las dos afecciones no debe ser comun, por cuanto la primera casi nunca se presenta sino en mujeres que han parido y por tanto se han visto espuestas á influencias que tienden a disminuir la resistencia vaginal. Scanzoni[1] está persuadido de que el prolapso vesical es á veces primitivo, reconociendo por causa la contraccion espasmódica irregular de las fibras del cuerpo de la vejiga, miéntras que las del cuello permanecen firmes. Esto determina el aflujo de la orina al fondo, el cual se dilata y sufre una dislocacion.

[1] Obra cit., p. 497.

Rectocele.

El rectocele, ó hernia recto-vaginal, se produce de un modo análogo al del descenso de la vejiga. La pared posterior de la vagina no solo deja de ofrecer el apoyo conveniente á la anterior del recto, sino que, arrastrándola oblicuamente hácia abajo, da lugar á que esta forme un saco que no tarda en llenarse de materias fecales. El escremento, endureciéndose, adquiere un carácter irritante y determina una flegmasía y secrecion de la mucosa, con tenesmo, estreñimiento rebelde y hemorróides. A veces el tumor así formado iguala en volúmen el puño de un hombre, y presentándose encima del periné, es algo difícil de diagnosticar, atendidas sus dimensiones y solidez. Pero la esploracion rectal, y una lavativa de agua caliente con hiel de buey bastan para resolver la dificultad. Ví una vez á una enferma que tuvo que guardar cama por espacio de tres ó cuatro meses, por motivo de una de estas acumulaciones fecales enquistadas, en la suposicion de que se trataba de una inflamacion del tejido celular, cuyo exudado de linfa había obstruido completamente la pélvis. Podrá suponerse que rara vez se cometerá semejante error; y, sin embargo, el caso que acabo de mencionar sucedió á un médico de gran esperiencia y habilidad.

Enterocele.

El enterocele, ó hernia entero-vaginal, consiste en el descenso á la pélvis é introduccion en el canal de la vagina, de una parte del intestino delgado. La caida se verifica comunmente de la manera siguiente: un asa intestinal, que descansa en el fondo de saco de Douglas, distiende esta prolongacion serosa, y avanzando entre el recto y la vagina, empuja ante sí la pared posterior vaginal, de modo que esta forma un tumor en la vulva. Algunos dicen que de un modo análogo el intestino puede avanzar entre la vejiga y el útero y deprimir la pared anterior de la vagina; pero esto debe ser muy raro, ya que autores de mucha esperiencia afirman no haberlo observado nunca.

Es poco probable que el enterocele dé lugar á malos resultados, á ménos que se manifieste durante el parto, en cuyo caso puede producirse la estrangulacion; pero semejante complicacion es muy rara, aun en tales condiciones, pues la amplitud de la comunicacion del saco con la cavidad peritoneal facilita casi siempre la vuelta del intestino al abdómen. El Dr. Meigs[1] refiere un caso en que una gran masa intestinal interrumpió el proceso del parto, hasta que logró reducir la hernia; y añade con razon que en semejante caso era de temerse la estrangulacion ó la contusion.

Estas hernias merecen mirarse con la mayor atencion, cuando se trata de verificar la puncion para averiguar el carácter del contenido

[1] Colombat, p. 211.

de los tumores vaginales que puedan presentarse durante el parto. No debe recurrirse á ese medio de investigacion, sin haber ántes formado cuidadosamente el diagnóstico diferencial de todas las formas de hernias vaginales, y particularmente la última de que hemos hablado. La sensacion peculiar al tacto, de un tumor lleno de aire, su sonoridad, el movimiento peristáltico, y la esclusion escrupulosa de toda forma de tumor que pudiera presentarse en tales condiciones, servirán para evitar el error. La precaucion necesaria para establecer el diagnóstico podrá apreciarse cuando se considere la semejanza que tienen los tumores vaginales con los intestinos distendidos, advirtiendo que aquellos presentan con frecuencia al tacto una sensacion gaseosa. Aun cuando el observador tenga por acertado su diagnóstico, siempre es prudente que ponga á prueba su seguridad, por la puncion capilar ; pues que la perforacion del intestino, con aguja tan sutil, no tendría ningun resultado grave.

Tratamiento del prolapso y de las hernias de la vagina.—Si la lesion se ha verificado repentinamente, debe efectuarse desde luego la reduccion, empleando los medios apropiados para impedir se repita la dislocacion. Evacuados el recto y la vejiga, se colocará á la enferma sobre las rodillas y el pecho y el operador, bien untados los dedos con un cuerpo graso, ejerce una compresion continua en el sentido del eje del estrecho inferior, hasta lograr que vuelva á su sitio la parte caida. El Dr. Meigs, en el caso de enterocele á que hemos aludido como curado por él, colocó á la enferma sobre el lado izquierdo, y practicada la táxis, la masa intestinal se deslizó repentinamente arriba del estrecho superior, en el cual la primera contraccion uterina hizo entrar la cabeza del niño. Para impedir la recaida, debe elevarse la pélvis, manteniendo á la mujer en estado de completo reposo, administrando el opio para aliviar el tenesmo, si este se presenta, y procurando la constriccion de la vagina por medio de inyecciones astringentes.

Pero son poco frecuentes los casos repentinos de prolapso y de hernias vaginales ; generalmente los que nos vemos llamados á aliviar son aquellos que se han presentado de una manera lenta y gradual, y son por lo tanto siempre muy rebeldes. Los medios de que disponemos para combatirlos son los siguientes :

1°. Astringentes locales, y tónicos ;
2°. Apoyo suplementario ;
3°. Procedimientos quirúrgicos.

Los primeros pueden ser eficaces en los casos leves, pero son inútiles en los de carácter grave. El tono y la resistencia de la vagina pueden restaurarse temporalmente, por medio de inyecciones copiosas, por la mañana y por la noche, de agua fria medicamentada con tanino,

alumbre ó zinc. Durante el estío la enferma debe trasladarse á donde pueda tomar baños de mar y usar inyecciones intra-vaginales de agua de mar. Algunas veces se obtienen escelentes resultados por el uso de supositorios vaginales que contengan uno de los astringentes que dejámos mencionados.

Apoyo suplementario.—Puede obtenerse mediante un vendaje, ó sostenedor, abdominal con una tira ó correa perineal, y el uso de un pesario convenientemente hecho, como, por ejemplo, el de doble palanca de Hodge ó de Smith, el de anillo de Meigs, ó el enderezador uterino (*stem pessary*) de Cutter.

En algunos casos, y particularmente aquellos en que la vejiga y el recto se encuentran comprendidos en el prolapso, el pesario esférico, que consta de un globo de vidrio ó plata, ó el de aire de Gariel, son muy útiles. Pero necesariamente no pasan de ser remedios simplemente paliativos, pues al paso que alivian las consecuencias inmediatas de la falta de fuerza del conducto, mantienen una distension continua que aumenta la debilidad. En varios casos muy rebeldes, en que, por ciertos motivos, no me fué posible recurrir á operaciones quirúrgicas, he obtenido un notable alivio momentáneo mediante el uso de los pesarios de anteversion, representados en el capítulo que trata de esa lesion. El brazo saliente ó sostenedor de estos instrumentos, ejerciendo una presion de abajo hácia arriba contra la parte de la vagina inmediata al útero, eleva esta superficie y la sostiene, á ella y á la vejiga al mismo tiempo.

Procedimientos quirúrgicos.—De estos son tres los que pueden ser eficaces. Si la falta de apoyo se cree debida á una rasgadura del periné, la operacion de la perineorrafia, que dejámos descrita en otro lugar, podrá bastar sola para el caso. En algunos casos en que, la dislocacion vaginal no habiendo causado el descenso del útero, se desea trasformar un prolapso de tercer grado en uno de segundo, y, con motivo de la edad avanzada de la enferma, ha dejado ya de ser necesaria la funcion de la vagina, se ha practicado la union de los grandes labios en las tres cuartas partes inferiores de su estension. A este procedimiento se le ha designado con el nombre de *episiorrafia* (επισειον, labio, y ραφη, sutura). Fricke, de Hamburgo, fué el primero en proponer y practicar, en 1832, la operacion de unir los grandes labios y cerrar parcialmente de este modo la vagina. En 1835, dió parte á la Academia Francesa de Medicina, de cuatro casos, en tres de los cuales había obtenido buen éxito. El Dr. Eli Geddings, de Charleston (Carolina del Sur), practicó la operacion cuatro veces, en 1839, teniendo una feliz terminacion dos de los casos ciertamente, y tal vez todos ellos, pues los otros dos se perdieron de vista poco despues de la operacion. Mas tarde, Scanzoni, Roux, Velpeau, Simon, Stoltz, y Malgaigne, pusieron en práctica el procedimiento, pero sin obtener buenos resultados.

La operacion consiste en refrescar los bordes de los labios mayores,

estirpar los menores, y unir las superficies avivadas con suturas de plata.

Cuando hay prolapso del útero, ó siquiera sea dislocacion vesical ó rectal manifiesta, el único procedimiento que puede proporcionar la curacion radical es la operacion de la *elitrorrafia*, ó disminucion del calibre de la vagina. Daremos la descripcion completa de esta operacion al tratar del prolapso del útero.

CAPÍTULO X.

FÍSTULAS DE LOS ÓRGANOS GENITALES DE LA MUJER.

Definicion.—Como resultado de ciertos procesos traumáticos y morbosos, puede destruirse la continuidad de las paredes vaginales y uterinas, estableciéndose una comunicacion anormal con las vísceras adyacentes. A los conductos abiertos de este modo se ha dado el nombre de fístulas.

Variedades.—Estas fístulas ponen á la vagina ó al útero en comunicacion con alguna víscera inmediata, haciendo las veces del canal escretor de esta, ó con alguna parte vecina, como el peritóneo, la vulva, ó el tejido areolar de la pélvis. Sus variedades han recibido las siguientes denominaciones :—

Fístulas urinarias.

Fístula vésico-vaginal ;
Fístula uretro-vaginal ;
Fístula vésico-útero-vaginal ;
Fístula vésico-uterina ;
Fístula uretro-uterina ;
Fístula uretro-vaginal.

Fístulas fecales.

Fístula recto-vaginal ;
Fístula entero-vaginal ;
Fístula recto-labial.

Fístulas vaginales simples.

Fístula peritóneo-vaginal ;
Fístula períneo-vaginal ;
Fístula vaginal ciega.

Fístulas Urinarias.

Las fístulas urinarias pueden presentarse en cualquier parte de la superficie anterior del conducto genital, intermedio entre la vulva y el

fondo del útero. La Fig. 42 representa los puntos en que se observan comunmente.

Fístula vésico-vaginal (2).—Esta comunicacion entre la vagina y la vejiga, bien sea en el trígono de esta, ó en su base inferior, ora interesa los tejidos en tan corta estension que apénas puede introducirse en ella un estilete fino, ora destruye por completo el tabique vésico-vaginal. La abertura puede afectar una forma oval, angular, lineal ó elíptica ; y sus bordes pueden ser gruesos ó delgados, blandos ó duros, lisos ó ásperos, pálidos ó vasculares.

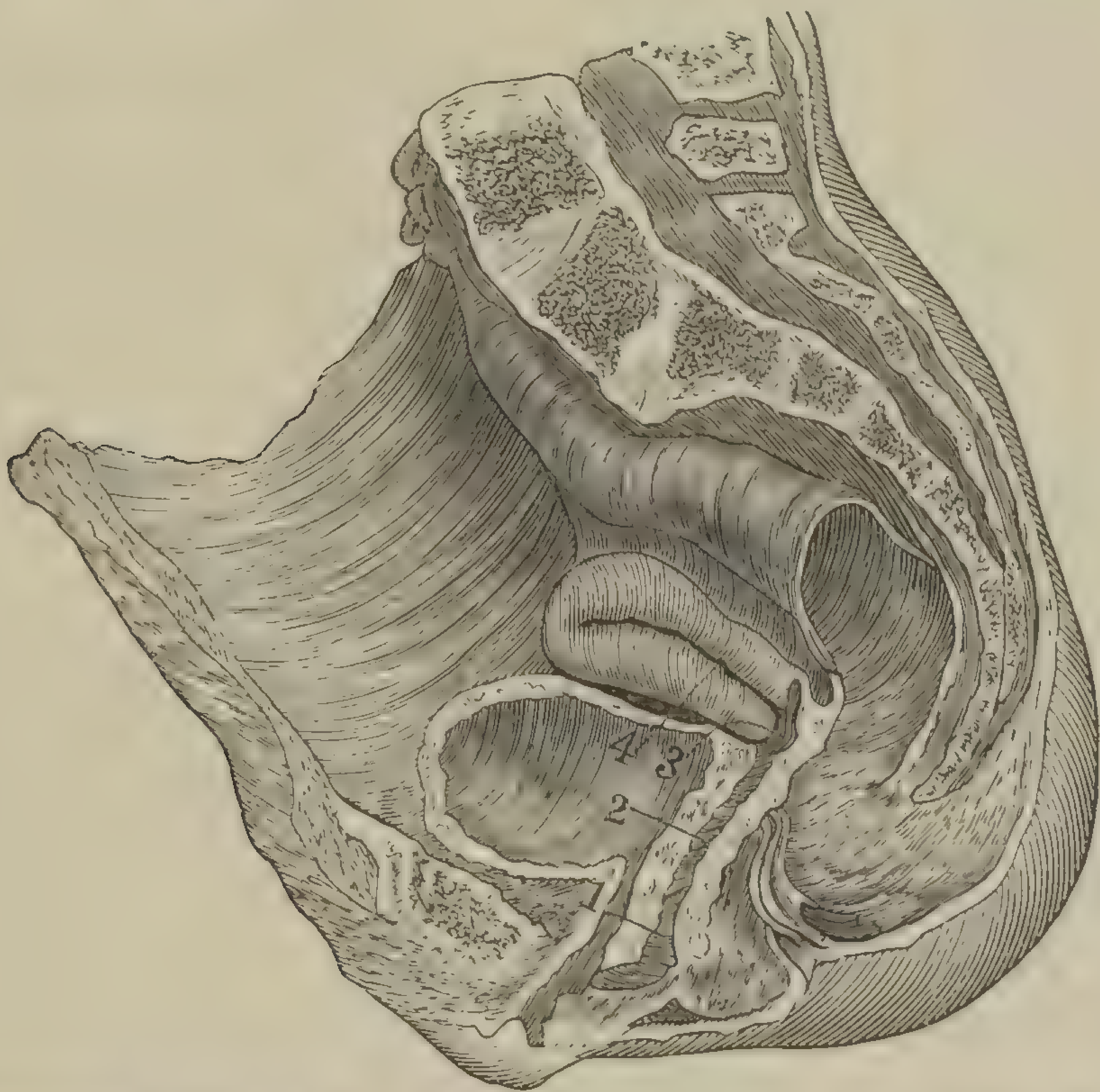


Fig. 42.—Variedades de fístulas urinarias: 1. Fístula uretro-vaginal ; 2. Fístula vésico-vaginal ; 3. Fístula vésico-útero-vaginal ; 4. Fístula vésico-uterina.

Fístula uretro-vaginal (1).—Esta se parece á la anterior, con la particularidad de que la destruccion de tejido que la ha determinada interesa la pared de la uretra, y no la de la vejiga.

Fístulas vésico-uterinas (4).—Son aquellas en que existe una comunicacion directa entre la vejiga y el útero, mas arriba del punto de union con la vagina.—De consiguiente, esta última no se halla interesada, y la orina, entrando en el útero, se escapa por el orificio del cuello.

Fístulas vésico-útero-vaginales (3).—Son aquellas en cuya produccion hay lesion del útero y de la vagina, como se ve imperfectamente en el número 3 de la Fig. 42. En el punto de union vaginal hay una perforacion de la vejiga, pero no penetra hasta la cavidad del útero.

Fórmase en la pared de este último un canal, por el cual la orina llega á la vagina. Jobert fué el primero que describió correctamente las dos últimas formas de fístulas; dividiendo la vésico-útero-vaginal en dos clases; superficial, y profunda. En la primera se forma un canalículo en la superficie vesical del cuello uterino; y en la segunda, la orina se escapa á traves del cuello, el cual ha sido destruido, en mayor ó menor estension, por el desprendimiento de escaras. En la forma primera la lesion es principalmente vesical y uterina, estendiéndose apénas á la vagina; miéntras que en la otra, afecta á tres órganos: la vagina, el útero, y la vejiga. El Dr. Bozeman ha clasificado como sigue todas estas variedades de fístulas:—

1ª Clase. Las que consisten en una via de comunicacion entre la uretra y la vagina;

2ª Clase. Las formadas á espensas del trígono vesical;

3ª Clase. Las situadas en el fondo inferior de la vejiga;

4ª Clase. Las que interesan al trígono y á la raíz de la uretra; al trígono y al fondo inferior vesical; ó á estas tres partes á la vez;

5ª Clase. Las que interesan el cuello del útero.

Existen, sin embargo, en algunos casos fístulas múltiples, sin que sea posible hacer una clasificacion especial.

Causas.—Dará evidentemente orígen á esta condicion cualquiera influencia que, por su accion vital, química ó mecánica, sea capaz de destruir la continuidad de las paredes vaginales. Las que la determinan mas comunmente, segun observaciones prácticas, son las siguientes:—

1ª. Presion prolongada ó muy enérgica;

2ª. Lesion directa;

3ª. Ulceracion ó abceso.

La *presion*, que es mas comun que las otras dos causas mencionadas, se produce generalmente por la cabeza del niño, cuando permanece demasiado tiempo en la pélvis durante el parto. Esta es, sin duda alguna, la causa mas fecunda del accidente, el cual, sin embargo, puede ser consecutivo á un parto rápido en que la vagina haya esperimentado una presion muy violenta contra algun punto de la pélvis. Semejante presion causa la necrosis de la parte del canal interesada, en donde hay en lo sucesivo una falta de tejido que constituye una fístula. La presion ejercida por la cabeza del niño da lugar al proceso necrósico, de la misma manera que se producen las escaras por decúbito en una persona que se mantiene demasiado tiempo en la misma posicion, sucediéndose los fenómenos en el órden siguiente: trastorno y retardo de la circulacion, nutricion defectuosa, y muerte local. O bien se establece una vaginitis puerperal que sigue una marcha violenta, y despues de algunas semanas de duracion termina por la gangrena.

La existencia de una fístula suele manifestarse por un flujo involuntario de orina tres ó cuatro dias despues del parto; ó inmediatamente despues de este, si la lesion ha sido ocasionada por el uso de instrumentos. Por el contrario, puede suceder que la eliminacion de la escara, que es causa directa de la falta de tejido y los resultados de esta, no se verifique hasta mucho mas tarde, cuando, disipado todo temor tal vez, se crea que el caso sigue lo mejor del mundo. En un caso observado por Jean Louis Petit, los síntomas de fístula se presentaron al cabo de un mes; en otro, referido por Jobert, se encontró la escara á la entrada de la vagina veinte y dos dias despues del parto; en otro, segun Adler, de Iowa, á los veinte y nueve dias el desprendimiento de la escara aun no se había efectuado por completo; y Agnew, de Filadelfia, vió otro en que tuvo lugar á los veinte y un dias.

Los pesarios, los cálculos vesicales, las acumulaciones fecales, etc., pueden convertirse, aunque rara vez, en causas productoras de fístulas.

Lesion directa.—Puede determinar la fístula una rasgadura ó contusion de las paredes vaginales, ocasionada por el empleo del forceps, ó durante la craneotomía. Si es innegable que estas operaciones, practicadas inhábilmente ó con descuido, pueden producir una fístula, no lo es ménos que no pocas desgracias se les han atribuido que en realidad han sido acarreadas por el retardo de su empleo, segun las pruebas que de ello poseemos actualmente. En muchas ocasiones en que, despues de haber permitido la prolongacion del segundo tiempo del parto, hasta hallarse irremediablemente consumida la vitalidad de ciertas partes de la vagina, é inaugurado el proceso gangrenoso, se recurrió al forceps ó la craneotomía, se creyó ver en estos la causa de una fístula. Perdiéndose de vista, en tales casos, la verdadera influencia morbífica,—la presion prolongada y violenta,—los instrumentos empleados, siendo agentes mas patentes y palpables, pasan por haber determinado la lesion. Todo práctico debe comprender perfectamente la verdad respecto á este asunto, pues de lo contrario cualquier ignorante podría ponerse á salvo de una merecida reprobacion, echando la culpa al médico consultor mediante cuyos esfuerzos se salvó la vida de la madre y la de su niño; ó bien un operador esperto puede ser víctima de un fallo injusto en un tribunal.

En una memoria sobre este asunto, comunicada por Mr. I. Baker Brown[1] á la *London Obstetrical Society*, en 1863, se encuentran los datos siguientes: "Respecto de las causas de la fístula vésico-vaginal, en 47 de las 58 mujeres recibidas en el *London Surgical Home*, el parto duró mas de 24 horas, y en 39, como 36 horas, ó mas; en 7, dos dias; en 16, tres; en 3, cuatro dias; en 2, cinco; en 2, seis, y en 1, siete dias.

"En solo 29, ó sea cabalmente la mitad del número total, de los casos se emplearon los instrumentos; en solo 4 de los 29 duró el parto ménos de veinte y cuatro horas; y, si se esceptuán 7 casos, hacía cuan-

[1] Obstet. Trans., vol. v., p. 23.

do ménos 36 horas qua había empezado el parto cuando se usaron los instrumentos.

"En solo 24 de los 58 ocurrió la lesion durante el primer parto; en 7, durante el segundo; en 5, durante el tercero; en 4, durante el cuarto; en 6, durante el quinto; en 2, durante el sesto; en 5, durante el octavo; en 1, durante el noveno; en 1, durante el décimo tercio; en 1, durante el décimo quinto; y de 2, no se halla mencion."

"La estadística que precede prueba que es la prolongacion del parto la que causa la lesion, y no el uso de instrumentos, ni las deformidades de la pélvis."

"De lo dicho se deduce necesariamente, que la fístula vésico-vaginal muy rara vez, ó quizás nunca, ocurriría, si se impidiese la prolongacion del parto, cuya circunstancia merece la atenta consideracion del partero práctico." La esperiencia de los doctores Sims,[1] Emmet, y Bozeman,[2] viene al apoyo de la de Mr. Brown, y puede aceptarse como concluyente la comprobacion de estos cuatro prácticos, puesto que su campo de observacion ha sido probablemente tan vasto como el de cualquiera otra autoridad contemporánea.

Es un hecho notable que cuando se ha establecido de propósito una fístula vésico-vaginal con el bisturí, con el fin de procurar alivio en los casos de cistitis crónica rebelde, es difícil mantener aquella abierta. Aun á pesar de la introduccion de cuando en cuando de la sonda, estas aberturas tienden tan obstinadamente á cerrarse por sí mismas, que es necesario poner en ellas una especie de boton, con objeto de impedir un resultado que en semejantes circunstancias no es de desear. Este caso parece semejante al de la perforacion del tímpano, la cual, cuando es causada por un instrumento, se cierra con rapidez; al paso que muchas veces es imposible conseguir igual resultado si la abertura ha sido producida por una enfermedad.

Dieffenbach[3] observó, hace como treinta años, un caso de fístula vésico-vaginal debido á la presencia de un cálculo vesical que complicaba el parto; y Baker Brown[4] menciona otro ejemplo de la misma naturaleza en 1861.

Ulceracion, ó abceso.—Una ulceracion cancerosa, sifilítica, ó fagedénica es capaz de destruir las paredes vaginales; ó la abertura de un abceso en la vagina y otra víscera ó parte inmediata, puede establecer una comunicacion entre ellas. Una vez, en la autopsia de una mujer que había muerto de una diarrea profusa, en que las materias fecales habían pasado por la vagina, descubrí una comunicacion entre el *caput coli* y aquel canal.

El tabique vésico-vaginal se vé frecuentemente destruido por una enfermedad cancerosa; pero estas fístulas apénas llaman la atencion,

[1] Gardner's Notes to Scanzoni, p. 503.
[2] Agnew, Vesico-Vaginal Fistula.
[3] Med. Record, t. i., p. 321.
[4] Ob. cit.

por cuanto son irremediables y acompañan una afeccion que termina rápidamente por la muerte. Por último, ciertas enfermedades que dan lugar á una nutricion defectuosa, como, por ejemplo, las fiebres continuas, pueden ocasionar gangrena de las paredes vaginales ó una ulceracion fagedénica.

SÍNTOMAS.—Los síntomas y signos prominentes de las fístulas urinarias pueden reunirse en tres categorías : 1ª, los que se manifiestan por un flujo característico ; 2ª, los que provienen de la irritacion producida por dicho flujo en la parte sobre que pasa, y 3ª, los revelados por el exámen físico.

A veces es tan escesivo el derrame de la orina, que anula la necesidad de su salida por las vias naturales; y otras la secrecion se evacúa parte por el conducto excretor, y parte por la abertura anormal. Este síntoma suele presentar variaciones estrañas. Cuando la uretra es el asiento de la fístula, la vejiga puede llenarse sin que ocurra pérdida alguna, efectuándose esta por la vagina en el acto de orinar. En algunos casos el paso de la orina cesa en la posicion horizontal, porque la presion de los intestinos sobre la pared anterior de la vejiga, estrechándola contra el fondo, determina el cerramiento de la abertura ; y en otros casos, situada la fístula por encima del orificio de los uréteres, tiene lugar el derrame cuando se acuesta la enferma, y cesa cuando esta se pone de pié.

El paso de las materias fecales por un canal y sobre una superficie que la naturaleza no ha destinado para tolerarlo, produce una accion inflamatoria, prurito, erupciones, y una irritabilidad escesiva. En casos de fístulas urinarias, la vulva y los muslos presentan generalmente rubicundez y escoriaciones, y están cubiertos de una erupcion vesicular. La vagina se encuentra algunas veces cubierta de concreciones urinarias, y el cuerpo de la enferma despide un olor estremadamente desagradable.

Es de presumirse que, andando el tiempo, se deteriorará la salud general, presentándose el histerismo, la clorosis, ú otras perturbaciones.

SIGNOS FÍSICOS.—Cuando el orificio de la fístula es grande, la naturaleza y estension del mal se revelarán por lo regular mediante un exámen superficial por el tacto, colocada la enferma en el decúbito dorsal; pero sucede lo contrario con las fístulas muy pequeñas, las que suelen burlar la investigacion mas atenta. Para descubrirlas debe emplearse el spéculum de Sims, y en muchos casos será conveniente, ántes de introducirlo, colocar á la mujer sobre las rodillas y el pecho, (*knee-elbow position*,) en vez de disponerla en la posicion lateral, y hacer que los ayudantes separen con las manos las nalgas y los labios. Si la abertura es sumamente pequeña, no se descubrirá, aun por este método, y entónces se inyecta agua en la vejiga, observando atentamente el derrame del líquido en la vagina. De este modo se logra descubrir á veces

un orificio capilar precisamente en el punto de union de aquel conducto con el cuello del útero. Con este objeto Kiwisch, Meyer, Veit, y otros, han usado agua teñida con sustancias que le den un color vivo, pudiendo emplearse una infusion de añil, de rubia, ó de grana. Una vez descubierta la abertura, la sonda y el dedo revelan fácilmente el curso, estension y embocadura de la fístula.

Complicaciones.—Las complicaciones que estas fístulas desarrollan son : la vaginitis, la vulvitis, las estrecheces de la uretra y de la vagina, y algunas veces la metritis catarral, ó una flegmasía peri-uterina ; pero la mas constante é importante es la formacion de bridas que contraen la vagina y que con frecuencia es necesario dividir ántes de hacer ninguna tentativa operatoria.

Pronóstico.—Antes del año de 1852, era eminentemente desfavorable el pronóstico de todos los casos en que, como sucede en las fístulas vésico-vaginales, recto-vaginales, y vésico-útero-vaginales, el conducto genital hacía las veces de canal escretor ; pues es muy raro que en aquellas tenga lugar la curacion espontánea, y los métodos de tratamiento hasta entónces conocidos, desanimaban por su ineficacia. En 1860 el Dr. Sims[1] refirió lo siguiente : "De 261 casos de fístulas vaginales (vesicales y rectales), se ha efectuado en 216 una curacion permanente por medio de la sutura con hilos de plata ; 36 son susceptibles de curacion, y 9 incurables. Es curable todo caso en que la operacion es practicable y no existe vicio alguno constitucional que impida la reunion. El buen éxito es la regla, y el malo la escepcion."

Este dictámen, emitido hace catorce años, ha sido plenamente confirmado por la esperiencia adquirida desde entónces por los médicos ; y puede hoy aceptarse como esacto relativamente al pronóstico de todas las fístulas de los órganos genitales de la mujer, ménos las vésico-uterinas, en que la solucion de continuidad se halla fuera del alcance de la intervencion quirúrgica.

Historia.—No data sino del siglo XVI la historia de este asunto, al cual Ambrosio Paré llamó entónces la atencion de los médicos, proponiendo un método curativo. Antes del descubrimiento del fórceps, debe haber sido muy comun el accidente, puesto que en aquellos tiempos los partos laboriosos no se hallaban bajo el imperio del facultativo, cuyo único recurso consistía en unos instrumentos de craneotomía mal confeccionados y por sí mismos muy á propósito para causar dislaceraciones. Son tan palpables y penosos los síntomas que caracterizan su existencia, que no se necesita ser médico para diagnosticarla, ni era posible que un solo caso de alguna gravedad escapara á la observacion. Y, sin embargo, es curioso de referir, que de muy pocas de las

[1] Gardner's Notes to Scanzoni, p. 515.

enfermedades de las mujeres, hicieron los antiguos ménos caso que de esta. Aun el flemon del tejido celular de la pélvis, y otras afecciones que no llamaron la atencion de los médicos de nuestros dias sino poco tiempo há, se hallan citados con toda claridad por los autores de la escuela griega ; y esta, á la vez tan molesta, tan enemiga del bienestar y tan imperiosa en exigir alivio, apénas ha sido mencionada. Es verdad que Hipócrates alude de paso al flujo involuntario de orina que sigue á los partos laboriosos, pero sus observaciones sobre la materia son escasas y carecen de interés.

No pretendo haber hecho un estudio profundo de las obras de los griegos y de los romanos, y baso las observaciones que preceden principalmente en el hecho de que Aecio y Pablo de Egina, los dos grandes compiladores de aquellos tiempos, no traen mencion del asunto. La obra de Aecio sobre las enfermedades de las mujeres (Tetrabiblos IV) está compuesta de citas tomadas de Sorano, Leonidas, Rufus, Filagrio, Asclepiades, y de todos los autores célebres cuyas obras se hallaban en la biblioteca de Alejandría, teatro de sus trabajos. Ninguno de ellos se contrae á la afeccion ; nada respecto á ella contienen las obras de Pablo Egineta, aunque enriquecidas con abundantes anotaciones por el Dr. Adams, su traductor ; y tampoco han encontrado nada sobre ella los que han examinado las obras de los árabes. Es indudable, pues, que tocante al tratamiento de la lesion, nada se debe á los autores de las escuelas griega, árabe, ó romana.

Empezando por el siglo XVII, citaré únicamente á los que hayan hecho adelantos en el tratamiento, sin esforzarme en consignar los nombres de aquellos que han publicado curaciones, ó recomendado métodos de cura que mas tarde no se encontraron eficaces.

Antes de entrar en la reseña histórica que sigue, llamaré la atencion del lector sobre dos hechos interesantes que allí se demuestran. Se observará, que durante algunos siglos se han venido haciendo esfuerzos sistemáticos, continuos y perseverantes para hacer enteramente curable tan repugnante enfermedad, y que, como ha sucedido tantas veces con otros grandes descubrimientos, diferentes investigadores han seguido el mismo plan hasta obtener finalmente el buen éxito. Despues que se ha hecho un descubrimiento, siempre es fácil indicar los elementos que constituyen su buen éxito, y aun seguir el órden de los raciocinios que han conducido á la aplicacion de cada uno de aquellos respectivamente. Ahora bien, los elementos necesarios al buen resultado del tratamiento de la lesion que nos ocupa eran, á no dudarlo, los tres siguientes :—

1°. El modo de poner la fístula al alcance de la vista y de la manipulacion ;

2°. Una sutura que permaneciese fija sin causar inflamacion ;

3°. El modo de evacuar la orina durante la cura.

Se verá cómo, desde el momento en que Paré sugirió un método de tratamiento, los cirujanos se valieron para su ayuda de esos tres medios

de cura, pero separadamente, empleando quien uno, quien otro, y quien dos de ellos en combinacion, sin que ninguno aplicara los tres al mismo tiempo, hasta la época de Gosset, en 1834.

En 1570 Ambrosio Paré aconsejó cerrar la fístula vésico-vaginal por medio de un *retináculo*. En 1660, Roonhuysen, de Amsterdam, empleó un spéculum, con cuyo auxilio avivaba los bordes de las fístulas, uniéndolos con una aguja. En 1720, Vœlter, de Wurtemberg, recomendó una aguja, porta-aguja, sutura con hilo de cáñamo ó de seda, y una algalia. En 1792, Fatio, de Basilea, practicó con la sutura entortillada, colocando á las enfermas en la posicion de litotomía. En 1804, Dessault usó un tapon vaginal, manteniendo una algalia en la vejiga. En 1812, Naegelé, de Wurtemberg, escarificó con tijeras los bordes, y empleó agujas y la sutura entrecortada para aproximarlos. En 1825, Lallemand, de Francia, aplicó el nitrato de plata á los bordes de la fístula, verificando su aproximacion por medio de una sonda erina introducida por la vejiga ; con cuyo método, de quince casos curó cuatro. En 1829, Roux, tambien de Francia, ensayó la sutura entortillada, con barritas metálicas é hilo comun. En 1834, Gosset, de Lóndres, combinó la posicion sobre las rodillas y el pecho, el spéculum elevador del periné, las suturas metálicas, y la sonda mantenida permanentemente en la vejiga. En 1836, Beaumont usó la sutura enclavijada.[1] En 1837, Jobert (de Lamballe) recurrió á la autoplastia, trasplantando un colgajo de los labios, las nalgas, ó los muslos. En 1838, Wutzer, de Bonn, colocó á sus enfermas en el decúbito abdominal, refrescando las paredes de la fístula, aproximándolas por medio de alfileres de insectos, y la sutura en figura de un 8 ; y para esponer á la vista la fístula, el periné fué sostenido con un gancho, y separados los labios por los ayudantes. En 1839 y 1840, Hayward, de Boston, (Estados Unidos,) citó tres casos curados por la avivacion de los bordes y reunion por la sutura de hilo de seda. Este cirujano, al avivar no solamente los bordes de la fístula, sino tambien las superficies vaginales inmediatas, introdujo un adelanto notable que ha contribuido no poco al buen éxito final. En 1844, Chelius[2] colocó á sus enfermas en la posicion sobre las rodillas y el pecho. En 1846, Metzler,[3] de Praga, empleó el spéculum elevador del periné, unas bolitas perforadas, del tamaño de perdigones, la posicion sobre las rodillas y el pecho, agujas doradas, y una algalia permanente. En 1847, Mettauer, de Virginia, empleó la algalia, y la sutura de plomo, con tanta felicidad que no pudo ménos de afirmar : " Soy decididamente de parecer que todos los casos de fístula vésico-vaginal son curables, y fundo esta opinion en el buen éxito que yo tengo." En 1852, Jobert (de Lamballe) adoptó su método, llamado "*réunion autoplastique par glissement*," que consistía en proporcionarse tejido vaginal suficiente para la

[1] Med. Gaz., diciembre 3, de 1836, p. 355.
[2] Agnew, ob. cit., p. 15.
[3] Schuppert, Vesico-Vag. Fistula, p. 41.

union, cortando oblicuamente á traves de la vagina, donde se une al útero, y en la misma línea de la fístula. En 1852, Marion Sims,[1] de los Estados Unidos, combinó el spéculum, la sutura, y la algalia, esto es, los tres elementos necesarios al buen éxito, y puso el procedimiento á la disposicion de la facultad.

Hé aquí los descubrimientos que dió por ser especialmente suyos :

1°. Un método por el cual se podia dilatar y esplorar la vagina;

2°. Una sutura que no escitaba inflamacion ni ulceracion;

3°. Un método para mantener vacía la vejiga durante la cura.

Poco despues de Sims, se dió á conocer Simon, de Alemania, por su eficaz cooperacion en sistematizar la operacion, sin que ninguno le haya aventajado en perfeccionarla.

En la literatura de este asunto, consta con toda la claridad con que lo escrito puede comprobar un hecho histórico, no solamente que varios investigadores combinaron en sus operaciones dos de estos elementos del buen éxito, sino que positivamente los tres fueron combinados por Gosset, en Inglaterra, y, doce años despues de él, por Metzler, en Alemania. No ménos claro es que, ó ellos dejaron de comprender la importancia de lo que habían alcanzado, ó no lo hicieron conocer para bien de la humanidad. El Dr. Gosset describe su procedimiento como sigue, en el primer volúmen del *Lancet*, de Lóndres, pág. 346 :

"Habiendo colocado á la enferma de modo que descansase sobre los codos y las rodillas, sobre una mesa sólida, de altura conveniente y cubierta con una frazada doblada, dos ayudantes separaron las partes esternas tanto como posible, para que se pudiese ver la fístula, situada inmediatamente por encima del cuello de la vejiga. Cogí con una erina la parte superior del borde engrosado de la vejiga, que circundaba la abertura, y acto continuo practiqué, con una cuchilla en forma de lanza, la escision de una porcion elíptica de tejido, que comprendía la totalidad del borde endurecido de la fístula, hallándose en sentido trasversal el ángulo largo de la elipse. Esto se ejecutó sin dificultad; pero no así lo restante de la operacion, á consecuencia de la gran estrechez de las partes; y no habría podido pasar las suturas, á no haber empleado agujas muy corvas y un porta-aguja que se desprendía á voluntad, estrayendo aquellas con unas pinzas de disecar, despues de desprendido el porta-aguja. De este modo pasé tres suturas, y torciendo luego los hilos metálicos, se pusieron en contacto los bordes avivados, y se mantuvieron perfectamente unidos hasta que se efectuó la cicatrizacion. A los nueve dias se quitó uno de los hilos ; otro á los doce ; y el último despues de trascurridas tres semanas. Concluida la operacion, fué puesta en cama la enferma, con encargo de mantenerse boca abajo ; habiéndose introducido una algalia de goma elástica, provista de una vejiga en su estremidad esterior, para recibir la orina, y sujetada con cintas. No hubo el menor derrame de orina por la vagina despues de

[1] Amer. Journ. Med. Sci., 1852.

la operacion, la cual tuvo por resultado restablecer las funciones normales de la parte. Hé aquí las ventajas de la sutura con hilos metálicos dorados: no escita la menor irritacion, y al parecer no da lugar á la ulceracion con tanta rapidez como el hilo de seda ó de cualquier otra sustancia que yo conozco, pudiendo decirse que casi nunca preduce este último resultado, á no ser que las partes unidas esperimenten una gran tension. Luego, no hay inconveniente en mantener los bordes de una herida en contacto íntimo por tiempo indefinido, con lo cual se multiplican las probabilidades de reunion. Hasta ahora la he empleado en muchas operaciones: por ejemplo, despues de la amputacion de las mamas, la estirpacion de varias clases de tumores, y para unir los labios despues de la escision de vegetaciones cancerosas, siempre con resultados satisfactorios."

El método de Metzler se publicó en el *Prague Viertel Jahresschrift* de 1846, bajo el título de "Patología y Tratamiento de las Fístulas Urinarias y Vésico-Vaginales, con un método curativo perfectamente seguro, y de fácil ejecucion." Trascribo á continuacion su artículo del opúsculo de Schuppert, á que hemos aludido.

"Para poder llevar la operacion á feliz término, es importantísimo tener, 1°, un spéculum que haga las veces de dilatador vaginal. Este instrumento consiste en una hoja cónica acanalada, de cinco y media pulgadas de longitud, tres de ancho en su parte anterior, y media pulgada de ancho en la posterior. La estremidad del instrumento está encorvada hacia abajo en ángulo recto, y cubierta de madera para que sirva de mango. Siempre es mejor que sea el spéculum de plata, bruñida de modo que refleje la luz sobre las partes en que se ha de operar. 2°, un aparato que comprende unos *clamps* (nombre inglés) perforados, agujas doradas, y un instrumento llamado *Rosenkranzwerkzeug*, que consiste en unas bolitas perforadas, del tamaño de granos de municion grande, por cuyo medio se mantienen las lañas en contacto. Despues de colocada la paciente sobre los codos y las rodillas, se introduce en la vagina el dilatador y un ayudante lo mantiene en posicion, estrechándolo contra el recto. En seguida se recortan los bordes de la fístula con unas tijeras corvas. Hay que cortar línea y media de la mucosa vaginal, y media línea del borde de la vejiga; se aplican luego las agujas y se mantiene la herida en coaptacion por medio de los clamps; se introduce en la vejiga una algalia de mujer, pasándola por la uretra y asegurándola con un vendaje de T."

En vista de lo que precede, se diría que el Dr. Sims fué precedido por otros en todos los detalles del descubrimiento por cuyo medio ha hecho curables las fístulas vaginales. Esto es, hasta cierto punto, positivo, pero solo respecto de la teoría. Antes de las publicaciones de Sims, el estado de las desgraciadas que llevaban una triste existencia acibarada por fístulas vaginales, era en efecto casi tan sin remedio como ántes de la época de Gosset y de Metzler.

En 1839, Velpeau,[1] refiriéndose á la cura de estas fístulas, habla así: "Refrescar los bordes de una abertura cuando no sabemos dónde agarrarlos; reunirlos por medio de agujas ó hilos cuando al parecer carecemos de un punto dónde asegurarlos; operar en un tabique movible, situado entre dos cavidades, oculto á nuestra vista, y que apénas nos suministra un punto de apoyo; todo esto, en mi sentir, no debe tener otro resultado que el de hacer padecer innecesariamente á la enferma." Vidal de Cassis[2] dice: "No creo que los anales de la cirujía contengan un caso bien auténtico de curacion completa de una fístula vésico-vaginal." Malgaigne[3] decía en 1854: "Pero el método verdaderamente racional, que mayor facilidad y ventaja ofrece hoy, y el único que debe aplicarse á todas las fístulas grandes, es la sutura por el procedimiento de Jobert."

Wutzer ha publicado los siguientes datos estadísticos reunidos por él:[4] "¡De 20 casos de fístulas vésico-vaginales que fueron sometidas á 48 operaciones, entre las cuales se contaban las de elitroplastia, episiorrafia, cauterizacion, y suturas (ya entortilladas, ya entrecortadas, ya una y otra), solo dos curaron!"

Tal era el verdadero estado da la ciencia con respecto á este *opprobrium chirurgiæ*, cuando Marion Sims, combinando y utilizando los tres elementos indispensables al buen éxito, obtuvo la victoria y colocó la operacion al alcance de cualquier cirujano. Y no se crea que se hubo de aprovechar de los resultados obtenidos por sus predecesores; todo fué el fruto de trabajos asiduos y originales. Nadie puede leer su discurso sobre "*Silver Sutures in Surgery*," pronunciado ante la Academia de Medicina de Nueva York en 1857, sin ser sorprendido por su escaso conocimiento de la literatura del asunto de que hablaba.

No querría se imaginase que en esto yo pretendo dar á la América mas gloria de la que en realidad le corresponde,—es decir, la de haber establecido sobre bases sólidas y seguras este método de cura. Exigir mas, sería desconocer los hechos que la historia nos enseña claramente. A Francia le pertenece la iniciativa; á Inglaterra, la gloria de haber hecho positivamente el descubrimiento, si bien dejó de conocer la importancia de este; y, despues de la América, Alemania tiene el honor de haber desarrollado de un modo especial y perfeccionado unos procedimientos operatorios eficaces. En este último país, con el método de Simon, el buen éxito ha llegado, aun en los casos mas graves, á ser hoy una regla que raramente padece escepcion.

Desde que se publicó por primera vez, el método de Sims ha sufrido numerosas modificaciones, tanto aquí como en Europa, y el mismo Dr. Sims ha cambiado notablemente su modo de operar; pero el principio por él demostrado queda el mismo, y solo tienden á desarrollarlo todas las modificaciones de la operacion.

[1] Medicina operatoria.
[2] Pathologie Externe.
[3] Manuel de Méd. Opérat.
[4] Med. Record, t. i., p. 322.

Practícase esta en los Estados Unidos, no solo por los especialistas, sino por todos los médicos en general; y merced á la suma sencillez del procedimiento de Sims, ya no se la mira como tarea difícil que exija una habilidad y esperiencia especiales. No deja de ser muy incomprensible, en estos tiempos que alcanzamos, el dictámen de un medico[1] de Irlanda, de que, "había tenido la ocasion de observar un gran número de fístulas y un gran número de operaciones, y que, segun su esperiencia, la grandísima mayoría de estas últimas resultaban ineficaces."

Método para obtener la curacion natural.—En general, pocos dias despues del parto, una destilacion continua é involuntaria de orina da á conocer al partero la presencia de una fístula vésico-vaginal. Hecho el descubrimiento, se coloca desde luego en la vejiga una algalia permanente de Sims, dando inyecciones intra-vaginales de agua caliente, repetidas con frecuencia, á fin de disminuir la inflamacion; y se mantiene la enferma en el decúbito abdominal, con la esperanza de que los esfuerzos de la naturaleza verifiquen la curacion. Esto es cuanto puede hacerse entónces, pues es demasiado temprano para recurrir á la sutura, y el flujo de los loquios impide emplear el tapon para ayudar la curacion. No debe emprenderse la operacion por la sutura ántes que hayan desaparecido los resultados inmediatos del parto, y la fístula haya adquirido un carácter y dimensiones permanentes.

Tratamiento.

Los métodos que poseemos para la curacion, ó cuando esta no es posible, para obviar los inconvenientes debidos á las fístulas del aparato urinario de la mujer, son:—

1°, La cauterizacion;
2°, La sutura;
3°, La elitroplastia;
4°, La oclusion de la vagina ó del útero.

Cauterizacion.

Este método de curacion, que fué en un tiempo el favorito para todas las variedades de estas fístulas, ha caido casi completamente en desuso, bajo la influencia de los métodos perfeccionados de la sutura. Anduvo Malgaigne acertado tal vez al decir de la cauterizacion, que solo debía empleársele en aquellas fístulas que apénas son perceptibles. Pero aun en estos casos el método de Sims es muy preferible, debiéndose recurrir á la cauterizacion únicamente cuando, por alguna circunstancia especial, como la impericia ó la falta de los instrumentos necesarios, el operador se vea precisado á ello. El modo de practicarla es

[1] Observaciones del Dr. Cronyn leidas en la Surgical Society de Irlanda, marzo 15, 1872.

muy sencillo. Habiendo introducido el spéculum de Sims para esponer á la vista el punto fistuloso, se tocan bien sus bordes con una barrita puntiaguda de nitrato de plata, ó con el cauterio actual. Esto no debe repetirse miéntras la escara formada no se haya desprendido, á fin de dar lugar á que las granulaciones cierren la abertura.

Para contener el flujo de orina por la fístula, y proporcionar apoyo á las paredes vaginales y vesicales durante el proceso de granulacion, debe mantenerse en la vagina un pequeño tapon de algodon, un pesario de aire de Gariel, ó un dilatador de cristal, como el que va representado por la Fig. 38, y permanentemente en la vejiga una sonda sigmóides, para impedir la distension de esta víscera.

Sutura.

Preparacion de la enferma.—Ningun procedimiento quirúrgico requiere con mas urgencia que este el buen estado constitucional, como elemento del buen éxito. Si la salud de la enferma no es buena y existe un estado anormal de la sangre, un viaje al campo, ejercicio, y aire puro, unido al uso de tónicos vegetales y minerales, contribuirán en gran manera á impedir que fracase la operacion. Deben tambien emplearse con regularidad inyecciones vaginales de agua caliente, para combatir la inflamacion local y mantener el aseo. Si la enfermedad que causó la destruccion de la pared vaginal ha determinado la complicacion de bridas cicatriciales, debe incindírselas de vez en cuando, y dejar que se cicatricen de nuevo sobre un dilatador de cristal; y si hay estrechez de la uretra, se combatirá con el empleo de las sondas. Antes de la operacion, se evacuarán perfectamente los intestinos por medio de un purgante; y el mismo dia en que ha de practicarse, comerá la enferma muy poco, por temor de que el uso prolongado del anestésico cause vómitos que determinen el desgarro de las suturas.

Procedimiento de Sims.—Esta operacion puede dividirse en tres tiempos:—

1°, Avivacion de los bordes de la fístula;
2°, Aplicacion de la sutura;
3°, Afrontamiento de los bordes, y torsion de los hilos.

Colocada la enferma sobre una mesa de dos piés y medio de ancho, y cuatro de largo, cubierta con frazadas dobladas, se la somete á la anestesia, y se la dispone como sigue. Se la hace acostar sobre el lado izquierdo, doblados los muslos casi en ángulo recto con la pélvis, y el derecho en flexion mas pronunciada que el izquierdo. El brazo izquierdo se retira detras del cuerpo, de modo que el pecho venga á descansar sobre la mesa y quede el esternon en contacto con ella. Introdúcese entónces el spéculum, y lo mantiene un ayudante con la mano derecha, miéntras eleva con la otra la nalga derecha. Se colocará la mesa de

modo que una luz continua é intensa dé de lleno sobre la vagina, la que, dilatada hasta donde se pueda, quedará visible en toda su estension, ménos en la parte cubierta por el spéculum.

El operador, teniendo á su alcance todos los instrumentos necesarios, dispone á sus ayudantes de la manera siguiente: uno de ellos sostiene el spéculum; otro administra el anestésico; y el tercero se coloca á la derecha del operador, pronto á separar la sangre que se acumule en la vagina, con esponjas en los porta-esponjas (Fig. 47), lavándolas rápidamente, en una vasija de agua que se tendrá colocada á su lado, ántes de usarlas otra vez. Un cuarto ayudante que hubiera, podría ocuparse útilmente en alcanzar los instrumentos segun se fuesen necesitando. Estando ya todo listo, el operador procede al primer tiempo de la operacion.

Avivacion de los bordes de la fístula.—El borde de la fístula, en el punto que se considere como mas difícil de acceso y de manipulacion, se aferra con una erina, ó con las pinzas dentadas de la Fig. 25, que me parecen muy preferibles. En seguida, con unas tijeras de mango largo

Fig. 43.—Tijeras corvas.

Fig. 44.—Bisturí para refrescar los bordes de las fístulas.

(Fig. 43), ó un bisturí (Fig. 44), se recorta un colgajo que se estienda desde la mucosa de la vejiga hasta la de la vagina, cuidando de no herir aquella víscera.

Luego se coge otra parte del borde, cortándola como la anterior. Las paredes de la herida practicada afectan la forma de un embudo estando su parte estrecha en la vejiga (Fig. 46), debiendo cuidarse mucho de no dejar la mas mínima porcion del borde, pues de esto depende el buen éxito.

Es muy importante cortar una porcion suficiente de tejido, y que dicha ablacion sea mayor en la superficie vaginal que cerca de la vesical. Las siguientes direcciones del Profesor Simpson[1] aclaran notablemente este punto: "Se introduce la punta del cuchillo en la mucosa vaginal, á alguna distancia de la fístula; se atraviesa entónces el borde de esta hasta donde quiera removérsele, haciendo salir el cuchillo por el borde vesical, y llevándolo de derecha á izquierda alrededor de la

[1] Diseases of Women.

abertura, á fin de eliminar, si fuese posible, un círculo completo de tejido."

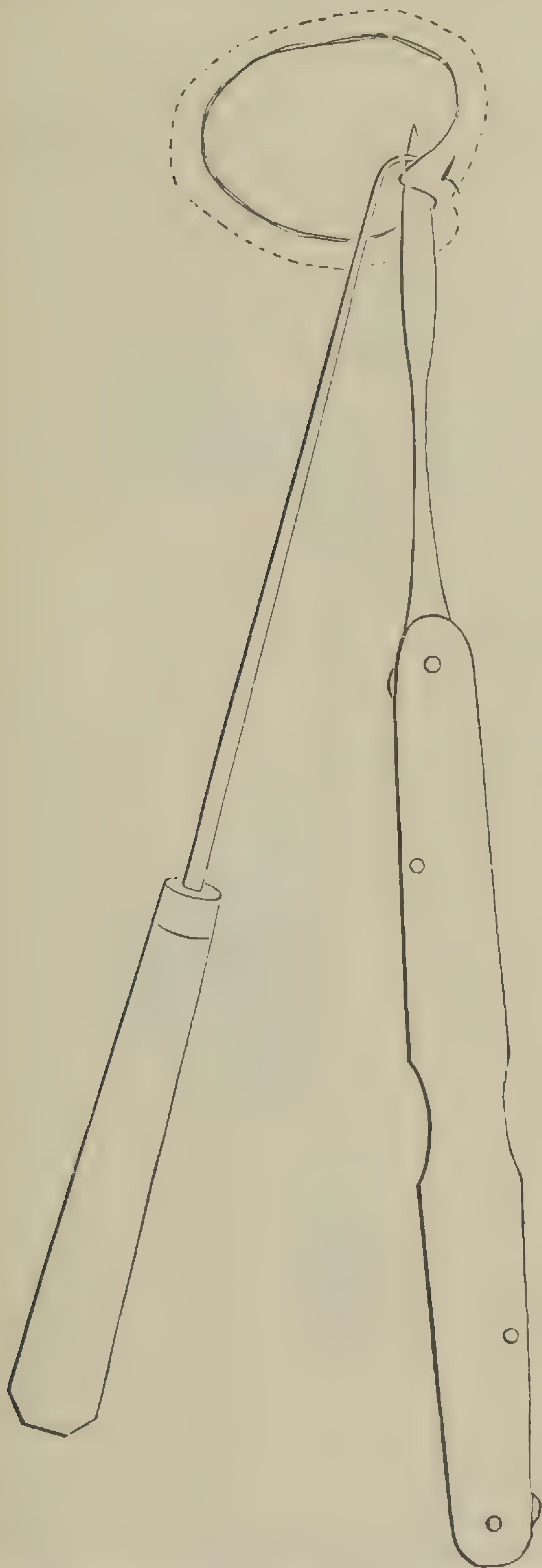




FIG. 46.—Direccion de las paredes de la herida. *a*, borde vesical; *b*, borde vaginal; *c c*, incision.

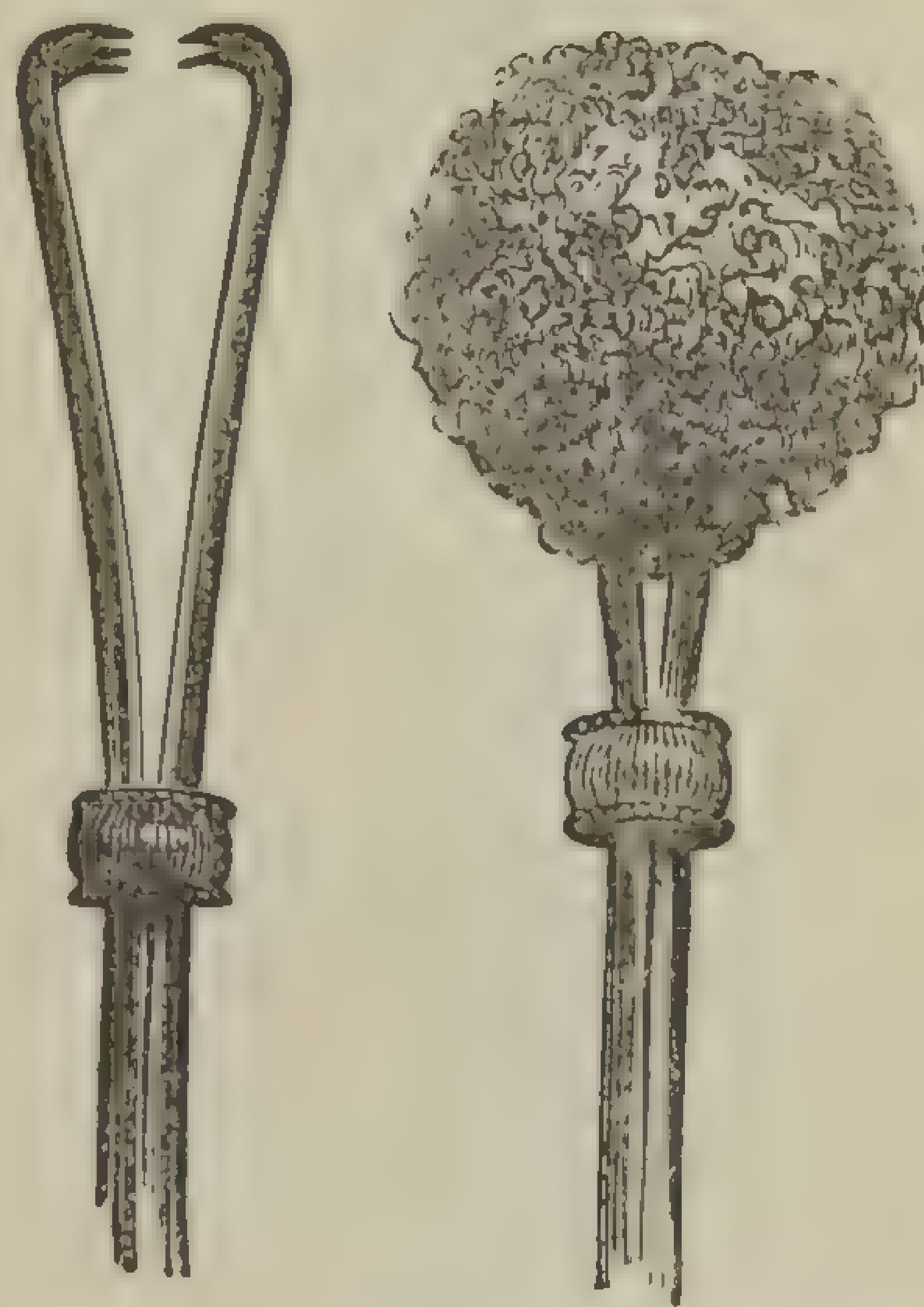


FIG. 47.—Porta-esponja de Sims con mango de 9 pulgadas de largo. (Sims.)

FIG. 45.—Avivacion de los bordes. (Wieland, y Dubrisay.)

La superficie denudada debe medir por lo ménos cuatro líneas, desde el borde de la fístula hasta el punto de incision vaginal, llegando en su parte superior solo hasta el borde vesical, cuya membrana mucosa se

respeta (Fig. 46). Durante este tiempo de la operacion habrá que servirse constantemente de las esponjas, sujetadas por porta-esponjas de mango largo; pero suele cesar pronto la hemorragia, permitiendo que se proceda al segundo tiempo.

Aplicacion de las suturas.—Pásanse las suturas por medio de unas agujas ligeramente encorvadas, que se tienen asidas por unas pinzas



Fig. 48.—La aguja asida con el porta-aguja.

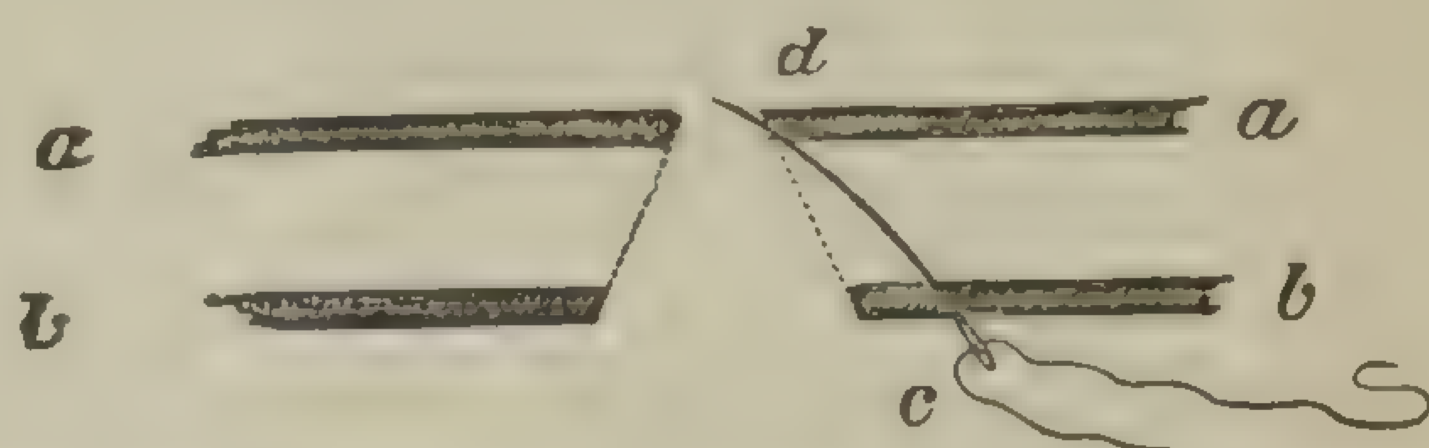


Fig. 49.—Direccion de la aguja. *a*, borde vesical; *b*, borde vaginal; *c*, punto de entrada de la aguja; *d*, punto de salida.

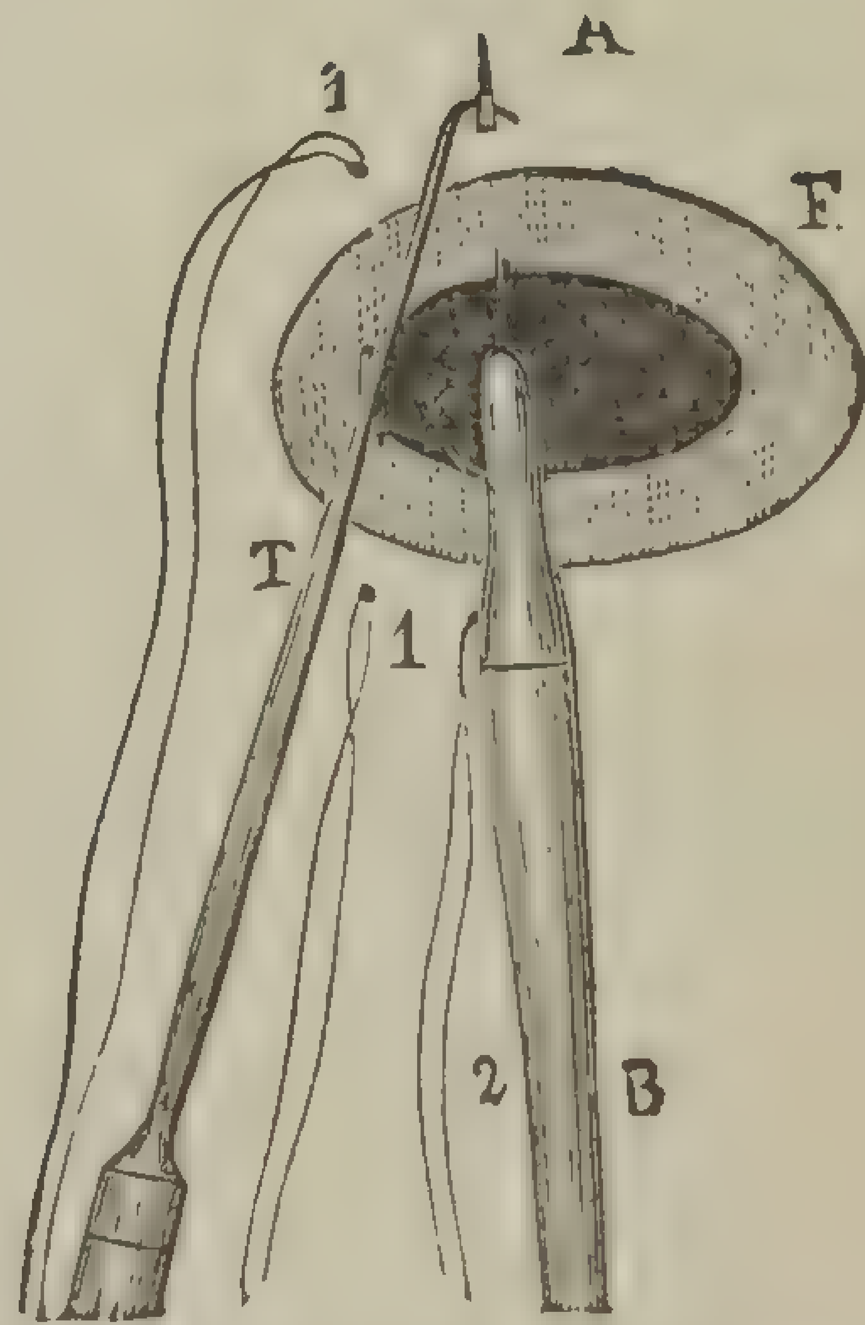


Fig. 50.—Introduccion de la aguja. (Wieland y Dubrisay.)

hechas para el efecto (Fig. 48). Algunos operadores introducen de una vez los hilos metálicos (de plata templada); pero lo mas comun es pasar primero hilos de seda, uniéndose á estos los metálicos para colocarlos en posicion por medio de la traccion. El Dr. E. Cutter ha empleado últimamente un método muy ingenioso que escusa la necesidad de enhebrar la aguja, y al mismo tiempo el inconveniente de doblarse el cabo del hilo de plata, lo cual dificulta su paso á traves de los tejidos. Este médico se sirve de agujas á que está soldado el hilo metálico, tan perfec-

tamente que no ofrece la menor desigualdad en el punto de union. Para cada operacion tiene cierto número de agujas dispuestas de esta manera.

En el Hospital para Mujeres empleamos agujas redondas, de tres cuartos de pulgada de largo, ligeramente encorvadas, y sin aristas cortantes. El Dr. John T. Hodgen, de St. Louis (Estado de Misuri), ha inventado una aguja utilísima. Muy fina, derecha y corta, con punta semejante á la de un trocar, se desliza fácilmente á traves de los tejidos ; se la enhebra con hilo de seda muy ténue, que lleva tras sí al hilo de plata. El abultamiento formado al doblarse el cabo del hilo se frota con papel de lija, á fin de adelgazarlo en lo posible.

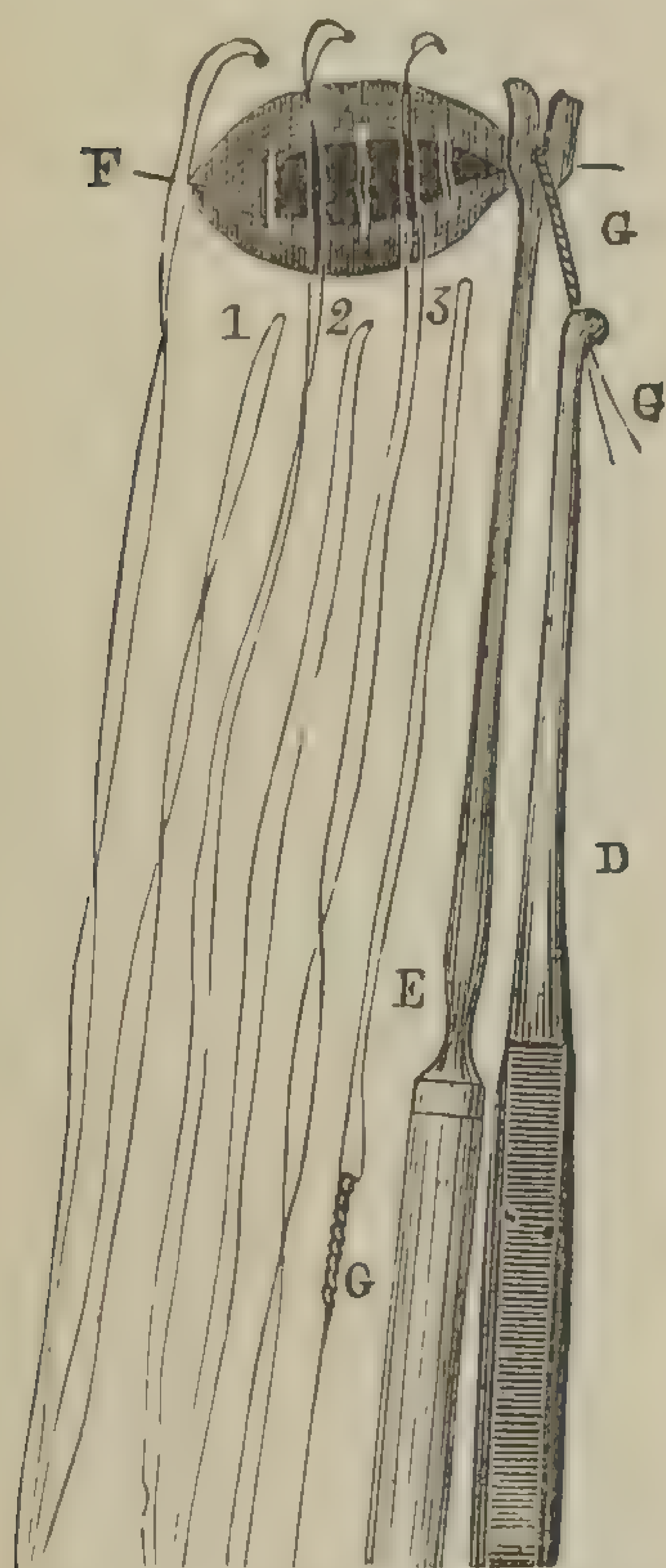
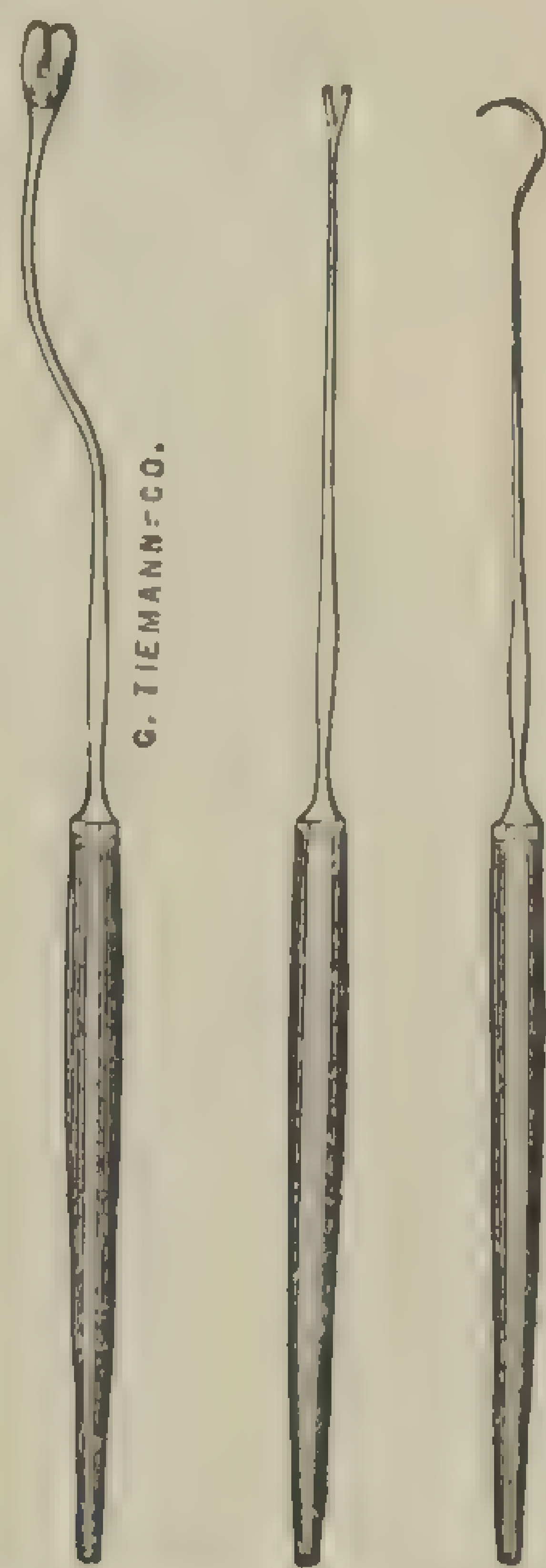


FIG. 51.—Torsion de los hilos.



FIGS. 52, 53, 54.—Ajustador en que se pasan los hilos para facilitar su constriccion. Horquilla embotada para facilitar el paso de los hilos. Gancho para sujetar la punta de la aguja.

Asida la aguja con el porta-aguja, se la hace penetrar por el ángulo de la herida de mas difícil acceso, á media pulgada del borde de la incision, y salir por la superficie vesical, pero sin comprender el tapiz mucoso de la vejiga. La Fig. 49 indica el punto de entrada y el de salida de la aguja.

Habiendo salido la punta de la aguja, se la sujeta con el gancho romo representado por la Fig. 54, hasta poder agarrarla y acabarla de sacar con las pinzas. En seguida se la introduce en el otro borde, sacándola á media pulgada de la márgen de la incision. El ayudante que sostiene el spéculum se encarga entónces de los estremos del hilo de seda, y se pasa otra sutura del mismo modo que la primera, y distante $\frac{1}{6}$ de pulgada de esta. De esta manera se pasa un número suficiente para cerrar la fístula (Fig. 51).

Durante este tiempo de la operacion, el borde fistuloso se mantiene fijo con el tenáculo, y por medio de este puede darse al tejido la firmeza y resistencia necesarias para facilitar la penetracion de la aguja.

Cuando, aferrada la aguja con las pinzas, se la tira para que le siga el hilo, es preciso oponer alguna resistencia para impedir que el hilo corte los tejidos, y puede obtenérsela por medio de una horquilla (Fig. 53), que, colocada por debajo del hilo donde sale, le sirve de punto de apoyo hasta que se le acaba de sacar.

Un hilo de plata de doce pulgadas de largo se fija, doblando uno de sus estremos, al hilo de seda que se introdujo primero, y por medio de

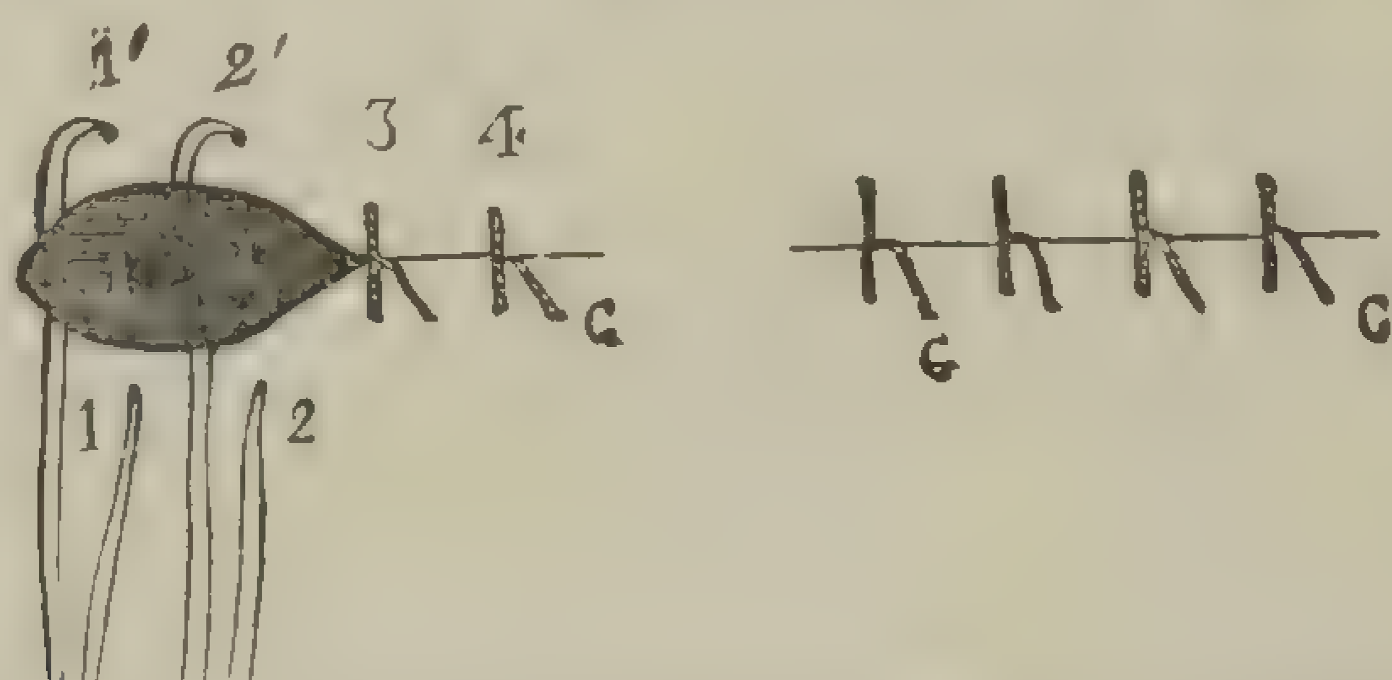


Fig. 55.—La suturas torcidas. (Wieland y Dubrisay.)

la horquilla que acabamos de mencionar se tira de la ligadura de seda, haciendo que la reemplace la metálica. En seguida se corta la seda, se pone á un lado el hilo de plata, y se procede á reemplazar del mismo modo todos los demas hilos de seda; hecho lo cual se cambian los instrumentos, para efectuar la constriccion de las ligaduras.

Juntando con los dedos los estremos de los hilos metálicos, y aproximando cuidadosamente las paredes de la herida, se dan dos ó tres vueltas al cabo de cada uno de los hilos, para asegurar la coaptacion de aquellas. Entónces se agarran con las pinzas ámbos estremos de la primera ligadura (Fig. 51), y sosteniéndolos con el ajustador (Fig. 52), se tuercen de modo que cierren completamente la herida en ese punto.



Fig. 56.—Cáteter sigmóides de Sims.

Así se van torciendo los hilos uno por uno, cuidando no llegue la torsion al punto de estrangular los tejidos abarcados por el asa constrictora. En seguida se corta con tijeras cada ligadura, como á media pulgada del borde de la fístula, y con unas pinzas se doblan de plano sobre la pared vaginal, de modo que no se claven en la superficie opuesta.

Se lavará despues la vejiga á fin de hacer salir toda la sangre que se haya acumulado en ella; pues si quedara en esta víscera un coágulo grande, podría causar un tenesmo vesical violento, y los pequeños podrían obturar el orificio de la sonda y hacer necesario que se quitase á

menudo este instrumento, el cual debe mantenerse permanentemente en la vejiga.

Concluida la operacion, los ayudantes trasladan á la enferma á su cama ; se le administra una dósis de opio, y se le introduce un cáteter sigmóides de Sims, que debe permanecer en la vejiga. El estremo esterior de este tubo sale fuera de la vulva, y debajo de él puede colocarse una vasija de porcelana para recoger la orina.

La enfermera debe examinar la sonda cada dos ó tres horas, para asegurarse de su permeabilidad, y separar la orina que haya en la vasija.

Cada veinte y cuatro horas se usarán inyecciones vaginales de agua tibia, á la que podrá añadirse jabon de Castilla blanco, ú otro detersivo semejante ; pero la vejiga no necesita mas inyeccion que la ya mencionada, escepto en el caso de tenesmo vesical. Se constipará el vientre con el opio ; y la dieta será sustanciosa, pero no estimulante, observando respecto á ella las mismas reglas que nos guian cuando se trata de otras operaciones quirúrjicas.

Los puntos de sutura deben quitarse despues del trascurso de ocho á quince dias. El Dr. Sims dice que "la permanencia de los hilos metálicos por mas de ocho dias es innecesaria ;" miéntras que otros, contando con la inocuidad de las sustancias metálicas en los tejidos, los dejan mucho mas tiempo. En dos casos operados por el Dr. Schuppert, al hacerse inyecciones en la vejiga al sesto y sétimo dia, se descubrió un derrame, que había desaparecido enteramente á los doce dias, al cabo de los cuales se quitaron las suturas, siendo completa la curacion.

Para quitar las suturas, se agarra con unas pinzas el estremo torcido de una de ellas, ejecutando un movimiento suave de traccion, á fin de separar un poco el asa de la superficie en que se ha profundizado ; introduciendo entónces una de las hojas de las tijeras en el asa, se corta uno de sus lados ; hecho lo cual, basta un pequeño esfuerzo para sacar el hilo.

Quitadas las suturas, puede procederse con precaucion á un exámen que tenga por objeto averiguar si es bueno ó malo el resultado ; para lo cual suele bastar la inspeccion. Mas, si, relativamente al cerramiento completo de la fístula, existe la menor duda, se la hace disipar llenando poco á poco de agua tibia la vejiga. No es raro que con la primera operacion solo se consiga reducir notablemente las dimensiones de la fístula, siendo entónces preciso recurrir á operaciones posteriores para obtener la curacion radical. Puede haber que repetirlas muchas veces ántes de alcanzarse un feliz éxito.

Háse modificado de diferentes maneras la operacion del Dr. Sims, en cada uno de sus tiempos ; y han llegado á ser tan numerosas las modificaciones, que sería intempestiva su enumeracion detallada en una obra como la presente. En sus primeras operaciones el Dr. Sims empleó la sutura enclavijada, llamándola *clamp suture ;* pero la tendencia de las barritas metálicas, de que se sirvió en lugar de cañones de plumas, á ulcerar los tejidos, le decidió á recurrir á la sutura de puntos separados.

Otros métodos han sido adoptados con buen éxito por Bozeman, Agnew, Baker Brown, Simpson, Simon, etc.: para evitar una inútil prolijidad, me limitaré á citar el de Simon.

Entre otros perfeccionamientos que se han ensayado, mencionemos las agujas inventadas por el Dr. Startin, y M. Matthieu, de Paris, á traves de las cuales se pasan los hilos metálicos, sin ayuda del hilo de seda preliminar. La esperiencia adquirida por el uso de las agujas tubulosas durante mucho tiempo, me ha convencido de que son á la vez los instrumentos mas ingeniosos y mas inútiles que pueden emplearse.

Operacion de Simon.—Si se esceptúa al mismo Dr. Sims, nadie se ha ocupado con mas ahinco ó mas provecho que el Profesor Gustavo Simon, de Heidelberg, en el perfeccionamiento de esta operacion. Sucesor de Dieffenbach, de Wutzer, y de Metzler, quienes habían contribuido no poco al desarrollo de la operacion practicada con suturas, trabajó incansablemente con los medios que tenia á su disposicion, y aun ántes de conocer los adelantos introducidos por Sims, adquirió mucha habilidad en el tratamiento de las fístulas vésico-vaginales. Luego, sería injusto calificarlo de imitador: sin duda alguna, coincidió con otro en los mismos descubrimientos.

He aquí las principales circunstancias características de la operacion de Simon:—

1ª, Niega que los hilos metálicos sean superiores á los finos de seda.

2ª, Emplea, con cierta exageracion, la posicion de litotomía, en vez de la media pronacion izquierda.

3ª, En vez de respetar la mucosa vesical, de propósito la comprende en la avivacion.

4ª, No emplea el cáteter permanente, ni estrae la orina sino durante las primeras veinte y cuatro horas, y eso no siempre.

5ª, Deja á cargo de la naturaleza la exoneracion del vientre; ni impone dieta, ni exige la estancia en cama; y en los casos favorables permite á veces el ejercicio al aire libre, veinte cuatro horas despues de practicada la operacion.

Como prefiero describir, hasta donde sea posible, su método con sus propias palabras, doy el siguiente resúmen extractado de su obra sobre *La operacion para la Fístula vésico-vaginal*, publicada en 1862.

Posicion de la enferma.—Tres son las posiciones en que, segun el uso general, se puede colocar á la enferma al practicar la operacion para la fístula vésico-vaginal. 1ª, El decúbito dorsal, ó sea la posicion para la litotomía; 2ª, Sobre las rodillas y los codos, y 3ª, La de Sims, que es una modificacion de la segunda. "Ninguna de estas empleo yo, pues prefiero la pelvi ó sacro-dorsal (*Steiss-Rückenlage*), la cual presenta todas las ventajas, sin ninguno de los inconvenientes, de las anteriores. Consiste en que, colocada de espaldas la enferma, se la dispone de una manera casi enteramente análoga á la posicion de rodillas y co-

dos. Se elevan las nalgas algo encima del nivel del abdómen y el pecho; los muslos se doblan sobre el vientre, y hácia los lados del pecho, á fin de que sean las nalgas el punto mas elevado; las piernas, ó bien se ponen en flexion, ó se estienden á los lados del pecho; la vulva viene á quedar al frente y hácia arriba; y la cabeza está sostenida por una almohada. Si la fístula está situada muy arriba en la vagina, se elevarán los muslos tanto como sea posible; mas si se halla muy cerca de la entrada de aquel conducto, no es necesario elevar mucho la pélvis ni doblar con tanta violencia los muslos. He nombrado *Steiss-Rückenlage* esta posicion, para distinguirla de la ordinaria de espaldas; porque en ella la parte mas de manifiesto son las nalgas (*Steiss*), presentándose esta de un modo que recuerda la presentacion pelviana del feto.

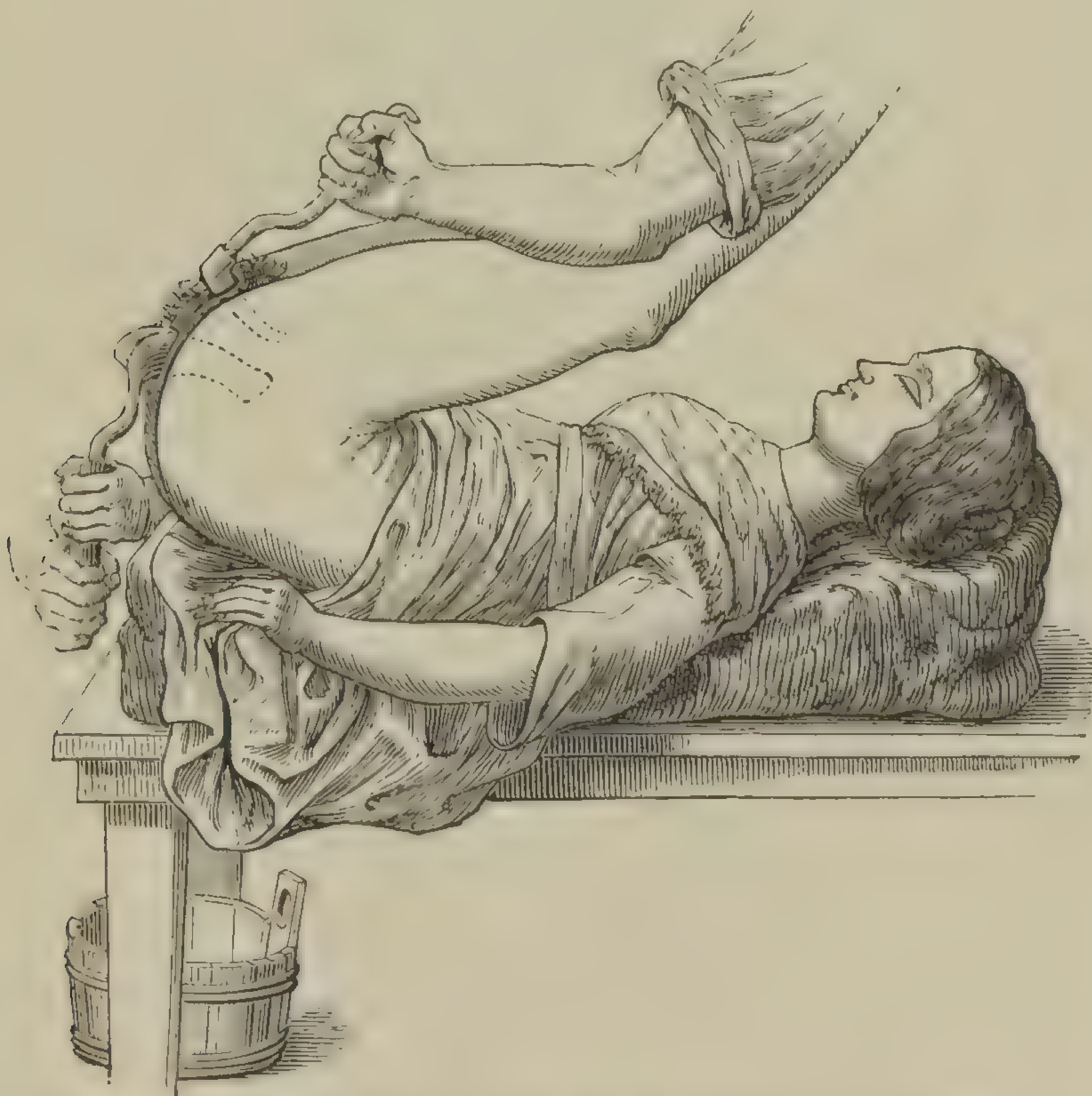


Fig. 57.—Posicion de Simon para la fístula vésico-vaginal. (Simon.)

He aquí las ventajas de esta posicion:—

1ª, Hállase espedito el campo de la operacion, sin que los muslos ofrezcan estorbo alguno al cirujano.

2ª, Puede prestarse desde los lados toda la asistencia, sin embarazar los movimientos del operador.

3ª, Pueden emplearse varios spéculums y los retractores laterales, para dilatar la vagina en todos sentidos.

4ª, No cansa mas esta posicion que la dorsal ordinaria.

5ª, Permite la cloroformizacion.

Cuando es posible traer con facilidad la fístula hácia abajo, la

espongo directamente á la vista; pero si, como sucede en la mayoría de los casos, esperimento la menor dificultad al querer moverla, opero con los spéculums y los retractores, dejando la fístula en su sitio. Antes de servirme de estos instrumentos, me aseguro siempre del grado de movilidad, aferrando el útero con unas pinzas puntiagudas, corvas (Museux), y tratando de atraerlo suavemente hácia abajo. En vez de coger con las pinzas el cuello del útero, como lo hace Jobert, tengo un método perfeccionado, que consiste en asegurar aquel por medio de dos hilos pasados por sus tejidos, desembarazándome así de un instrumento que estorba mucho. Sims construyó, para dilatar la fístula, un spéculum en forma acanalada que es superior á todos los demas aparatos de esta clase. Los empleaba de cuatro tamaños. En la forma, es parecido al de Neugebauer (1856), del cual, sin embargo, se diferencia en que tiene redondeada la estremidad, en vez de terminar en punta aguda. Yo he encontrado este instrumento absolutamente inútil en muchos casos difíciles; y las mas veces solo es eficaz cuando se emplean otros instrumentos para dilatar la vagina. Por consiguiente, yo no me sirvo de solo este spéculum; tengo otro, plano, para sostener la otra pared vaginal, y al mismo tiempo unas palancas (en forma de retractores) para separar los labios y lados de la vagina. El mango de todos estos instrumentos es largo, y de cabo corvo, á fin de que no presente obstáculo, y pueda el ayudante empuñarlo con firmeza.

Debe usarse siempre el spéculum mas ancho que pueda obtenerse. No teniendo el de Sims la anchura suficiente, yo he hecho construir dos de mayor tamaño. Además de los instrumentos que van mencionados, empleo con frecuencia ganchos de mango largo, para fijar los bordes de la fístula. Siempre divido las bridas de la vagina, y hasta he incindido los repliegues de esta, en algunas ocasiones, porque estorbaban la operacion.

Avivacion de los bordes.

El objeto de todos los operadores ha sido tratar de obtener para el afrontamiento una superficie estensa, sin aumentar las dimensiones de la herida, y lo han efectuado cortando á espensas de la vagina, y respetando el borde vesical. Mi esperiencia y observaciones me hacen preferir una incision profunda de los bordes fistulosos, en figura de embudo, semejante á la que se practica en las operaciones plásticas en otras partes del cuerpo. La incision debe estenderse hasta el tejido sano, estirpando toda la parte cicatricial, y prolongarse á traves de las paredes del septo, hasta la mucosa vesical, comprendiendo á veces á esta última. De este modo se habrá hecho una herida en forma de embudo, estando la parte mas angosta en la vejiga, y la mas ancha en la vagina, y teniendo sus bordes de 6 á 8 milímetros de espesor.

Aunque otros autores se empeñan en evitar hasta donde sea posible el ensanchar la lesion, es aquí precisamente, donde la union puede veri-

ficarse por primera intencion, que yo me esfuerzo en desembarazar los bordes de todo tejido cicatricial, y en dejarlos lo mejor dispuestos que sea posible para la reunion. Aun en las fístulas mas grandes, no me abstengo de recortar repetidamente los bordes, por mas que se haya de aumentar la pérdida de tejido, hasta que se efectúe la union. Y si, á pesar de la mas perfecta preparacion, los bordes no se reunen, resultando absolutamente ineficaces nuestros esfuerzos, no por ello ha de ser mayor el flujo involuntario de orina que ántes de la operacion.



Fig. 58.—Avivacion de los bordes de la fistula. (Simon.)

Algunas veces incindo la mucosa vesical, y otras la evito ; pero cosa es esta de poca importancia.

Las ventajas de este método son :—

1ª, Por medio de la incision profunda en forma de embudo, se elimina con seguridad todo tejido cicatricial.

2ª, Los bordes son mas susceptibles de reunion, pues se adhieren de un modo natural, borde con borde, y los nervios, vasos, etc., siguen su curso normal.

3ª, El borde muy ancho es innecesario, siendo en todos los casos los bordes superiores los únicos que se unen.

4ª, Si no se efectúa la union despues de la primera operacion, la

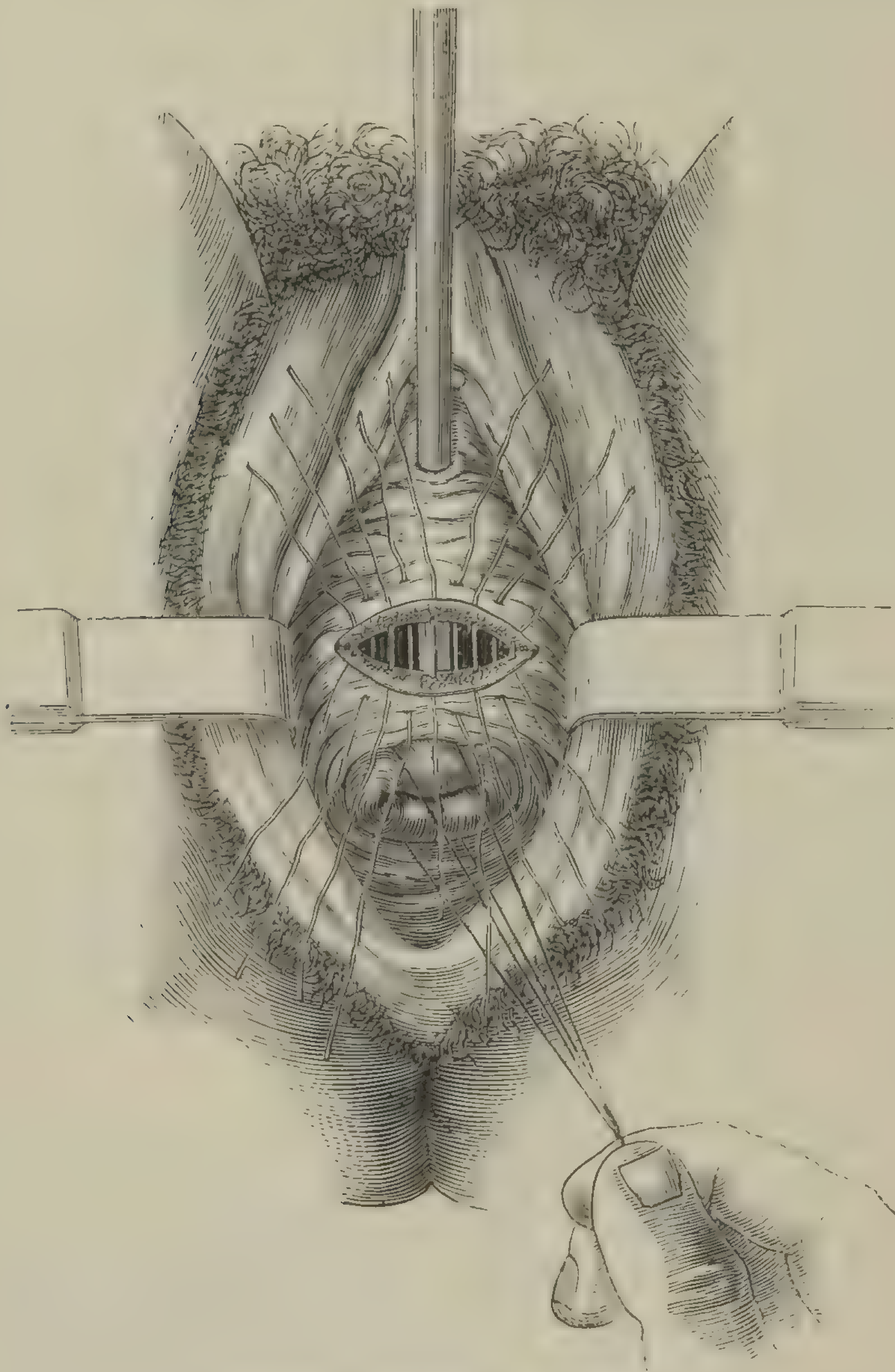


FIG. 59.—La sutura doble. (Simon.)

segunda promete mas con los bordes espesos, que con los finos que hay que adelgazar aun mas al repetir el procedimiento.

5ª, Es infundado el aserto de ser mas probable la ocurrencia del catarro despues de esta forma de incision.

Afrontamiento de los bordes de la herida.—Existe un gran número de métodos para reunir los bordes, y por todos se obtiene lo que de ellos se desea; pero son mas complicados que el método que publiqué

en 1854 y que, con algunas modificaciones, he empleado desde entónces.

Para efectuar la union yo acostumbro emplear una ó dos hileras de ligaduras finas de seda que anudo del modo ordinario. Cuando la fístula es grande y el ajuste perfecto de sus bordes requiere una relajacion escesiva de las partes, me sirvo de la sutura mia, que llamo *doble*, y que consiste en dos hileras de hilos, una de las cuales sirve para relajar los bordes y la otra para reunirlos.

Si es pequeña la fístula, empleo solamente la hilera "de reunion." En la sutura doble, una hilera colocada á una gran profundidad y bastante separados entre sí los hilos, sirve para aproximar á la línea de union los tejidos alrededor de la fístula, con lo cual se relajan los bordes; miéntras que la otra, colocada entre los puntos de la primera, manteniendo los bordes esactamente en contacto, favorece su perfecta union. Cuando se emplea una sola hilera, esta debe ser la "de reunion," y se aplica del modo que hemos indicado. Por de contado, cada una de las hileras sirve de complemento á la otra.

Ambas hileras se colocan bien profundas, aun comprendiendo, en muchos casos, á la mucosa vesical. De este modo efectúan la mas perfecta reunion de los bordes de la herida en toda su estension, y resisten mejor la tirantez que si comprendieran solamente una parte de los bordes. Los puntos de sutura distan de 1 línea á $1\frac{1}{2}$ entre sí. El punto de entrada de los hilos "de relajar" se halla algo apartado de los bordes; y muy cerca de ellos, el de los hilos "de reunion." En mi sentir, es indiferente que los puntos de sutura atraviesen ó no la mucosa vesical, importando solamente cuidar de que esta membrana no se introduzca entre las paredes de la herida.

Tratamiento consecutivo.

1°, De una serie de observaciones deduzco, que la orina no ejerce la menor influencia nociva en la herida ni en la nueva cicatriz; no impide la reunion por primera intencion, ni causa la separacion de la cicatriz una vez formada.

2°, Por medio de otra serie de observaciones he podido reconocer, que cierto grado de distension determinado por el llenarse normalmente la vejiga, no estorba la cicatrizacion, toda vez que se haya avivado y reunido perfectamente la herida.

En la mayoría de los casos, la algalia permanente solo causa perjuicio.

Las deducciones que preceden, y cada una de las cuales se ha hecho segun la observacion de cierto número de casos correspondientes, sirven de base á mi sistema de tratamiento, el cual, sin embargo, no tiene importancia alguna hasta despues de sacados los puntos de sutura. Prescindimos de todas aquellas prevenciones minuciosas cuya observancia

es tan fastidiosa, así para el médico como para la enferma; permitiendo á esta última que afecte el decúbito que mejor le convenga, y orine siempre que sea necesario, ya en bacinica de enfermos, ó si esto le repugna, poniéndose sobre las rodillas y los codos. Uso la sonda cada tres ó cuatro horas, pero solamente en ciertos casos, en que el estado de la enferma impide da emision espontánea de la orina. Á los cuatro ó cinco dias se trata de quitar los hilos, repitiendo la tentativa en los dias siguientes; y se permite que la enferma deje la cama á los ocho dias, aun cuando no se hayan quitado todas las ligaduras.

Es conveniente volver líquidas las materias fecales durante los primeros ocho dias, á fin de evitar los esfuerzos al defecar. Si sobreviene irritacion de la vejiga, se administra la morfina en dósis de 8 milígramos, ordenando inyecciones diarias de agua caliente para la vagina, y no para la vejiga."[1]

Los datos que siguen han sido publicados por el Profesor Simon:[2] "De 118 fístulas en 105 mujeres, 104 en 92 enfermas se curaron completamente; 5 fístulas en 5 enfermas se habían cerrado casi del todo; 3 fístulas en dos mujeres se abandonaron como incurables, y 6 casos terminaron por la muerte."

En la descripcion que antecede, del método de Simon, se han empleado sus propias palabras en cuanto ha sido posible.

Elitroplastia.—Jobert de Lamballe,[3] en 1834, publicó por primera vez este procedimiento, que ha sido modificado y perfeccionado despues por Velpeau, Gerdy, y Leroy d'Étiolles. Consiste en tomar un colgajo de una nalga, (Jobert,) ó bien de la pared posterior de la vagina, (Velpeau, y Leroy,) y fijarlo con puntos de sutura en el orificio de la fístula, cuyos bordes ya se han avivado. Esta operacion se asemeja á las de la rinoplastia que se practican en la cara; pero desgraciadamente es aun mas difícil de ejecutar que estas, y exige tanta destreza manual que no se recurre á ella con frecuencia. Velpeau practicaba dos incisiones longitudinales y paralelas en la vagina, separaba el tejido intermedio, y lo aseguraba á los bordes de la fístula; miéntras que Leroy prolongaba las incisiones hasta la vulva, disecaba el colgajo intermedio, y torciéndolo, aplicaba á la fístula la superficie cruenta.

La elitroplastia suele usarse todavía hoy, en los casos en que ha ocurrido una gran destruccion de tejido en el fondo de la vejiga; pero siendo un procedimiento dificultoso é incierto, y teniendo, como tenemos, métodos operatorios mas simples y mas eficaces para el tratamiento de esta clase de casos, muy raramente se emplea.

El que careciese de práctica en el tratamiento de las fístulas, creería

[1] Este resúmen ha sido estractado de la obra del Profesor Simon, por el Dr. M. D. Mann.

[2] Amer. Journ. of Obstet., t. ii., p. 241.

[3] Bull. de l'Acad. de Méd. de Paris, t. ii., p. 145.

que miéntras mas grandes fuesen estas, mas difícil sería la curacion; pero no es así. Entre los casos mas dificultosos se cuentan algunos en que el orificio es tan pequeño que apénas se percibe. Para estos últimos recomiendo mucho el siguiente método: Introdúzcase en la vejiga una sonda gruesa de acero, empújese con su estremidad la fístula hácia la vagina, y practíquese la escision de los tejidos alrededor de la fístula, á fin de que pueda pasar libremente por ella la sonda á la vagina. Aumentadas así las dimensiones de la fístula, puede aplicársele la sutura, obteniendo la curacion.

Oclusion de la Vagina.

Cuando se desespera de conseguir la curacion de la fístula, recúrrese al siguiente procedimiento con la esperanza de aliviar á la enferma, poniendo fin á la desazon intolerable ocasionada por el paso involuntario y continuo de la orina. Léjos está, naturalmente, de igualar en eficacia á la obliteracion de la fístula, ya que hace inevitable en el conducto vaginal la retencion de la orina cuya presencia le es nociva; y sólo se propone para los casos en que ha sido demasiado considerable la pérdida de tejido para poderse obtener buen éxito por medio de la sutura ó la elitroplastia. Esta operacion convierte la vagina y la vejiga en un receptáculo comun para la orina y la sangre menstrual, y no reporta mas ventaja que la de permitir se puedan retener estas secreciones para ser espulsadas á voluntad por la uretra, que permanece espedita.

Dos son las operaciones por medio de las cuales se puede efectuar la oclusion de la vagina, á saber: la episiorrafia, y la obliteracion del canal. La primera, que consiste en avivar las superficies internas de los grandes labios y unirlas por la sutura, á fin de lograr su adhesion completa, se debe á Vidal de Cassis, quien la practicó en 1833. Es operacion muy simple; pero suele quedar, inmediatamente por debajo del meato, una abertura diminutísima que da paso á un poco de orina; cuya circunstancia destruye, ó poco ménos, la eficacia del método, porque el derrame, por insignificante que sea, molesta á la enferma.

La segunda operacion consiste en refrescar las paredes vaginales, en vez de los labios. Eliminados así colgajos de la membrana mucosa, se unen por la sutura las superficies cruentas, y se mantiene la vejiga en estado de vacuidad hasta efectuarse la curacion. Esta operacion, mucho mas valiosa y eficaz que la de Vidal, fué practicada por primera vez en 1855, por el Profesor Simon, quien le dió el nombre de *Kolpokleisis*, ú obliteracion trasversal. Desde aquella época, dice este médico, se ha practicado ventajosamente en Alemania en mas de cincuenta casos; y se ha podido por su medio proporcionar alivio permanente á muchas enfermas, en quienes una pérdida considerable de tejido en el fondo de la vejiga había determinado la incontinencia de orina. La

alta importancia que atribuye Simon á esta operacion, se deja ver en el siguiente estracto de una carta dirigida por él al Dr. Bozeman, de esta ciudad :—

"He probado con tanta prolijidad la validez de mi pretension de ser autor del *kolpokleisis*, porque yo juzgo que es la operacion plástica mas importante que un solo hombre haya inventado durante la última década. La operacion para la union de los bordes de la fístula vésico-vaginal es, atendidas la perfeccion y precision con que hoy se practica, de mas valía que el kolpokleisis, y

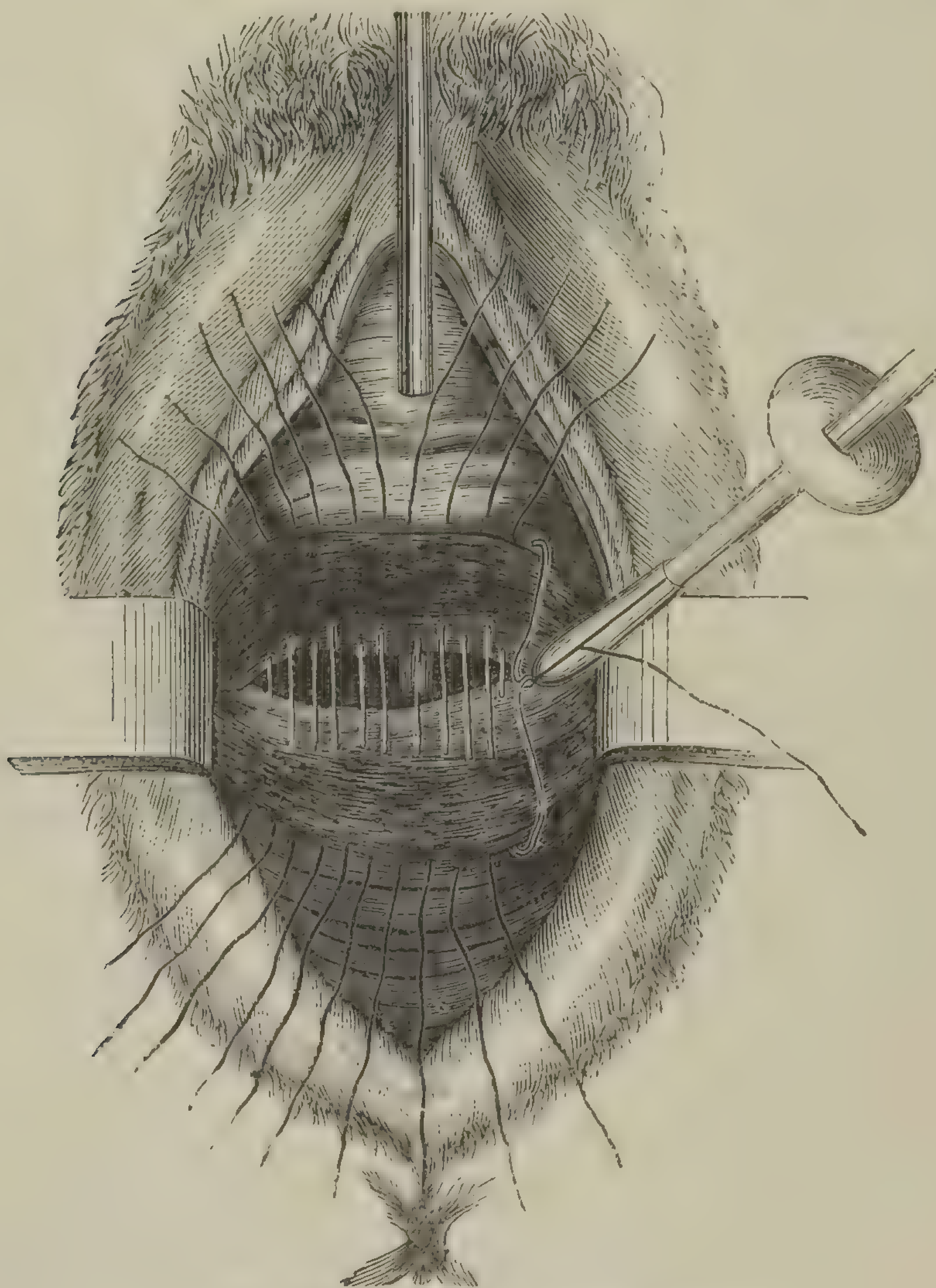


Fig. 60.—Obliteracion de la vagina. (Simon.)

quizá la mas brillante conquista que la cirujía plástica ha hecho en lo que va de este siglo; pero esa perfeccion no ha sido obra de un solo hombre, ya que á ella han contribuido, cual mas, cual ménos, operadores de todas las naciones. Sólo la *uranoplastia*, de nuestro ingenioso compatriota von Langenbeck, es digna de igualarse con el kolpokleisis, en cuanto á la seguridad de ejecucion y las ventajas inmediatas; y la sobrepujara si, en todos ó en la mayoría de los casos, proporcionase la ventaja de mejorar el timbre de la voz. Mas, como en muchos casos no se obtiene este resultado, y en otros sólo se obtiene de una manera incompleta, debe considerarse el kolpokleisis como operacion mas importante,

puesto que produce siempre el deseado efecto. Esta operacion, que yo inventé cuando se reconoció la ineficacia de la obliteracion de la vulva, propuesta por Vidal para restablecer la continencia de orina, ha sido practicada mas de cincuenta veces con el mejor éxito. Por medio de ella se ha puesto fin, en numerosas enfermas que tenian lesiones incurables de la vejiga, al mas intolerable de los padecimientos—la incontinencia de orina. Yo mismo he conseguido la obliteracion absoluta en diez y ocho casos; y no hay cirujano aleman, de los que ejercen el arte de curar la fístula vésico-vaginal, que no cuente uno ó mas triunfos de esta especie."

En sus primeras operaciones, el Profesor Simon limitaba el procedimiento á la parte inferior de la vagina; pero ya en el dia, cierra el canal precisamente por debajo de la solucion de continuidad.

Fístulas urinarias que requieren un tratamiento especial.

En la gran mayoría de los casos no se necesita mas tratamiento que la sutura. Esta, con todo, no deja de ser difícil y aun imposible de aplicar en algunas fístulas urinarias, tales como las que pasaremos á estudiar ahora.

Fístulas vésico-uterinas.

Jobert fué el primero en indicar los medios propios para hacerlas accesibles. No se emplea ya su método; pero no es mas que una modificacion de este el que hoy dia se considera como mas eficaz. Consiste en incindir el labio anterior del útero desde su borde hasta el sitio de la fístula, avivar las márgenes cruentas, y pasar las suturas directamente por el cuello (Fig. 61), á fin de aproximar las paredes de este último y los labios de la fístula.

En caso de hallarse tan apartado el orificio fistuloso que parezca inaccesible, no queda ya mas recurso que la obliteracion del orificio uterino esterno por la sutura, dejando que la menstruacion se verifique por la vejiga.

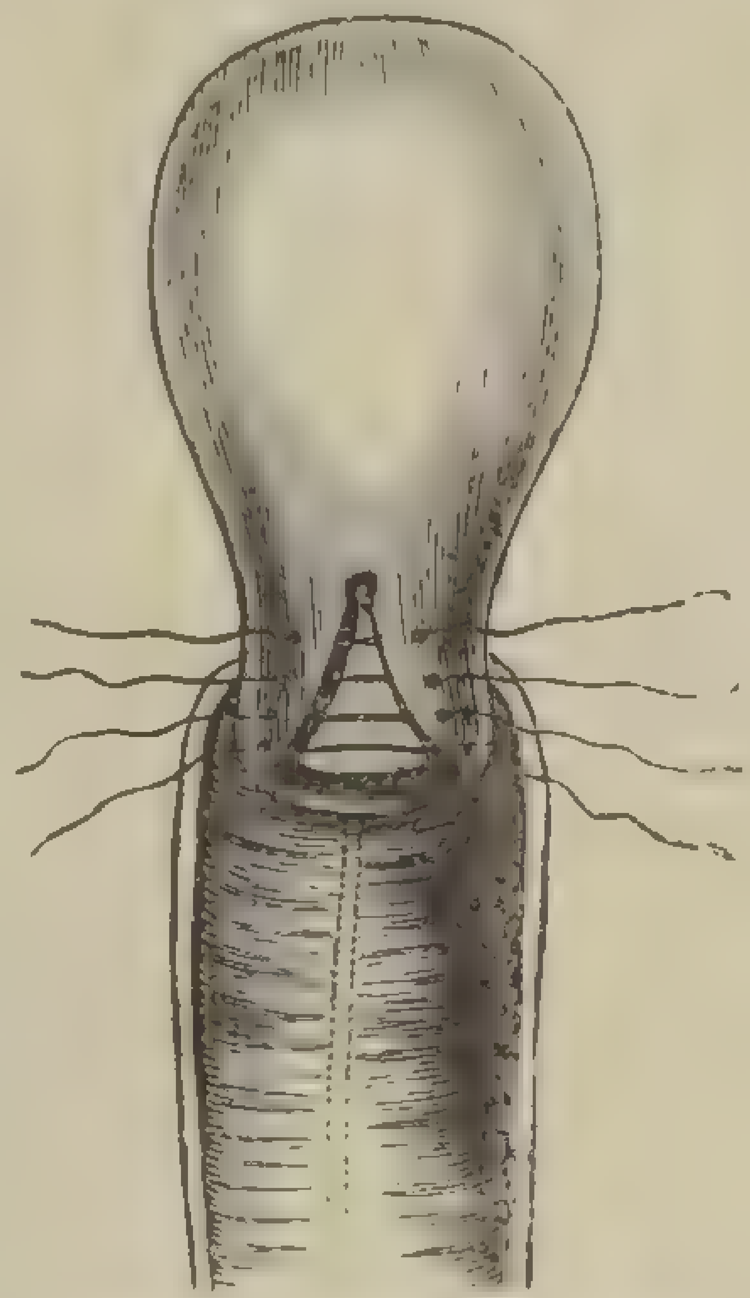


Fig. 61.—Está dividido el cuello para esponer la fístula por arriba, y colocadas las suturas.

Fístulas vésico-útero-vaginales.

Para estas es particularmente adecuado el método de avivar el labio anterior del hocico de tenca, utilizando así el tejido uterino para la oclusion de la fístula. La operacion, representada por la Fig. 62, es semejante á la que se practica para la fístula vésico-vaginal ordinaria, con la sola diferencia de formarse del cuello uterino avivado uno de los labios de la fístula.

Si se halla destruido el labio cervical anterior en términos de no

poder suministrar el tejido suficiente, reúnase la vagina al labio posterior, aprisionando el cuello en la vejiga. En lo sucesivo la menstruacion se verificará por esta víscera, saliendo la sangre con la orina.



Fig. 62.—Labio anterior de la fístula unido al anterior del cuello. (Simon.)

Fístulas con notable destruccion de la base de la vejiga.

Hemos dicho ya, que para estas se puede recurrir á la elitroplastia y al *kolpokleisis.* Al Dr. Bozeman, sin embargo, se le debe aun otro

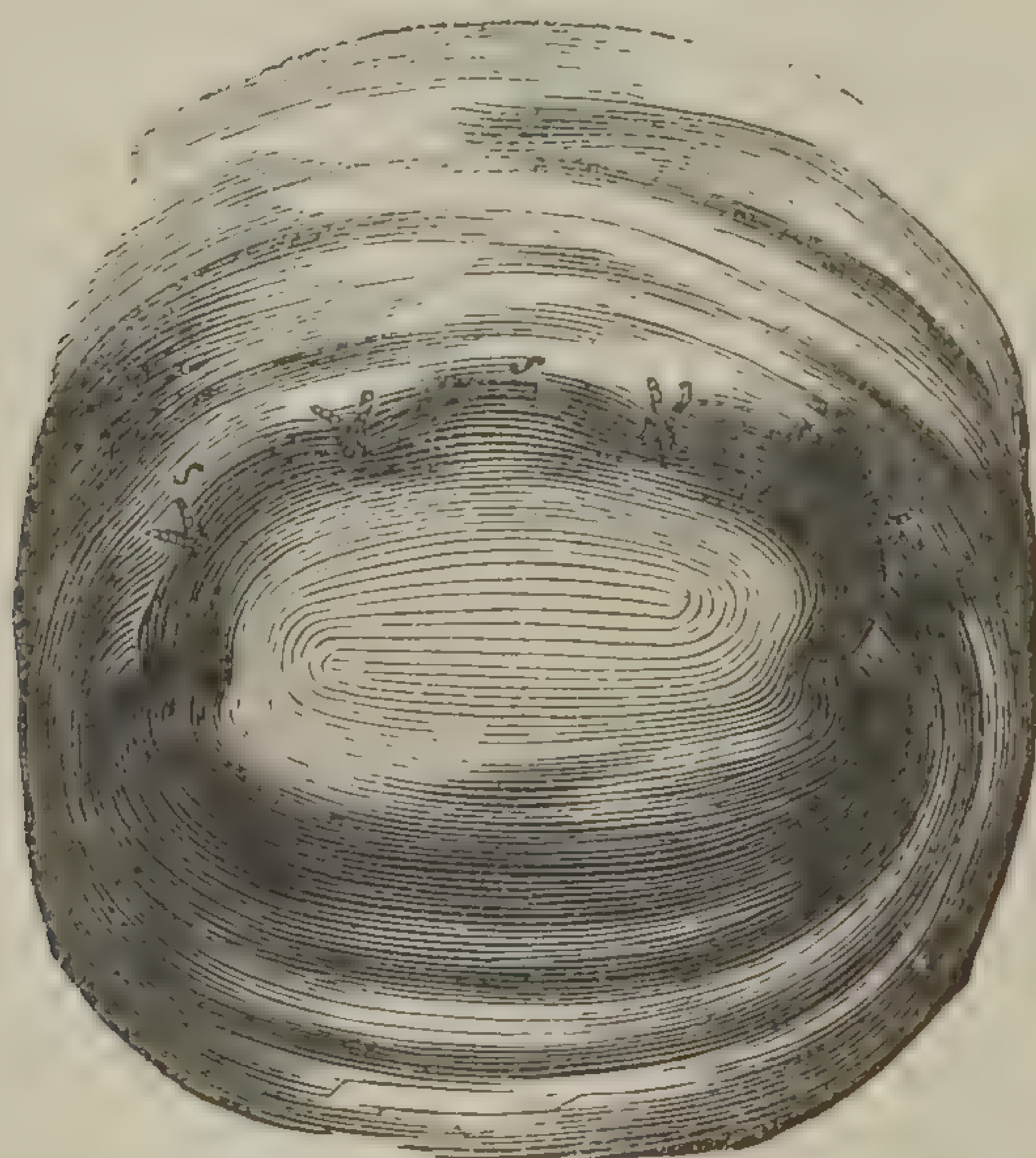


Fig. 63.—Labio anterior de la fístula unido al posterior del cuello. (Simon.)

procedimiento, cuya parte preliminar consiste en deprimir el útero, por medio de tentativas repetidas diariamente por espacio de algunas semanas. Aferrando con pinzas el cuello, se le imprime una fuerza de trac-

cion, y de este modo se consigue la aproximacion del útero á la vulva. Avivado entónces uno de los labios del cuello, se pone en contacto con el vestigio del tabique vésico-vaginal, afirmando la union por la sutura.

Para facilitar este procedimiento se puede con ventaja incindir de ámbos lados el cuello, hasta su union con la vagina, denudar la mitad de su superficie, y trayéndolo hácia adelante hacerlo ocupar el espacio ahuecado por el desprendimiento de la escara vaginal.

Además de las variedades de fístulas urinarias que dejamos mencionadas, cítanse ciertos casos raros de comunicacion entre los uréteres y la vagina ó el útero. En el tomo XXX del *Dictionnaire de Médecine* ha descrito M. Bérard un ejemplo notable de fístula urétero-uterina; cuya descripcion es interesante bajo el doble punto de vista del caso en sí y del medio por el cual se puede establecer el diagnóstico. Había creido primeramente que se trataba de una fístula vésico-uterina, porque salía la orina por el útero; pero le suministraron los elementos de otro diagnóstico los hechos siguientes:—

1°. El paso continuo de la orina por el cuello, aun cuando se hallaba vacía la vejiga.

2°. Era clara y cristalina la orina que salía así, y no como la de la vejiga.

3°. Sentada la enferma por espacio de dos horas sobre una vasija destinada á recoger toda la orina espelida por la vagina, y colocada una algalia en la vejiga, se sacó de esta una cantidad exactamente igual á la que pasó por el conducto anormal.

4°. Habiéndose inyectado en la vejiga un líquido teñido con añil, conservó su carácter cristalino la orina espelida por la vagina.

5°. Introducida una sonda en el útero y otra en la vejiga, no pudo efectuarse el contacto de sus estremos.

Es poco comun la fístula urétero-uterina. Díceme el Dr. Bozeman no haberla observado sino raras veces; y en la obra sobre las fístulas publicada últimamente por el Dr. Emmet, no se halla mencion de un solo caso.

M. Robert,[1] de Paris, cita un caso interesante de fístula urétero-vaginal que se presentó consecutivamente á una operacion practicada en el *Hôtel-Dieu* por el Dr. Bozeman.

Existen algunas formas raras de fístulas que no he admitido en mi enumeracion. Por ejemplo, he observado un caso de fístula vésico-abdominal. Ocho dias despues de la operacion de ovariotomía, empezó á salir diariamente como medio litro de orina por la abertura abdomi-

[1] Bozeman on Fistulæ, N. O. Med. and Surg. Journal, marzo y mayo, de 1860. El Dr. Bozeman reconoce plenamente esta especie de fístulas como resultado de la operacion ordinaria para la fístula vésico-vaginal; esplica el modo cómo se forma, y describe "su método usual para superar este obstáculo," cuando tiene motivo para temer sea producido por la incision del uréter.

nal, cuyo estremo inferior se mantenía abierto para poder lavar el peritoneo. La salida por la herida abdominal de un líquido teñido que había sido inyectado en la vejiga, probó que la comunicacion era con esta víscera y no con el uréter. Restablecióse la enferma, cerrándose espontáneamente la fístula.

Al requerir mayor estension de superficie denudada de la que podía obtenerse avivando los bordes fistulosos, Langenbeck y Collis han dividido los bordes de la fístula, separando los dos colgajos así formados y reuniendo por la sutura las superficies cruentas.

CAPÍTULO XI.

FÍSTULAS FECALES.

Definicion.—Estas fístulas, que se observan con ménos frecuencia que las urinarias, consisten en una comunicacion entre la vagina ó la vulva y alguna parte del conducto intestinal.

Variedades.—Pueden ser recto-vaginales, entero-vaginales, ó recto-labiales, siendo la primera forma la mas comun, y la segunda la mas rara de las tres.

Causas.—Son casi indénticas á las que producen las fístulas urinarias, á saber :—

Presion prolongada ;
Lesiones traumáticas ;
Ulceracion ó abceso.

La primera de estas puede producir dichas fístulas, lo mismo que las que se presentan en la pared vaginal anterior, dando lugar á una flegmasía intensa que determina la formacion de escaras, ó bien la intensidad de la presion puede ser tal que destruya rápidamente la vitalidad de la parte. A los partos laboriosos se debe con mas frecuencia esta presion; pero en algunos casos raros puede ser producida por pesarios mal ajustados ó la presencia en el recto de materias fecales endurecidas.

Es evidente que estas fístulas pueden provenir de lesiones traumáticas, causadas por los instrumentos empleados en el parto ó por los que sirven para la estraccion de masas fecales endurecidas.

Las ulceraciones ó los abcesos producen mucho mas á menudo las fístulas fecales que las urinarias. De la variedad recto-vaginal son causa fecunda las estrecheces del recto, las cuales, determinando la retencion de las materias estercolares, escitan una ulceracion que puede estenderse á la vagina. Un abceso entre esta última y el recto, puede ponerlos comunicantes, ó ir á abrirse en uno de los labios, formando un trayecto que conexione dicho labio con el recto. De la misma manera

se ha visto una acumulacion purulenta establecer una comunicacion entre el *caput coli* y la vagina. Por último, las ulceraciones sifilítica y cancerosa pueden abrir un canal entre los conductos vaginal é intestinal.

Síntomas.—El síntoma mas marcado, y á menudo el único que llama la atencion de la enferma, es la emision de gases apestosos ó de materias fecales por la vagina. La cantidad de las emisiones depende de las dimensiones de la fístula; pero no así la incomodidad acarreada por el accidente, pues por pequeña que sea la cantidad, la fetidez del olor que despide basta para contristar en sumo grado á la enferma.

Signos físicos.—Colocada de espaldas la enferma, debe practicarse el tacto en toda la superficie vaginal. Si es algo grande la fístula, se la descubrirá desde luego; si no, rara vez dejará de encontrársela por medio de una esploracion cuidadosa con el spéculum. Debe introducirse el spéculum de Sims por debajo de la sínfisis de modo que eleve la pared vaginal anterior, miéntras que las laterales se mantienen separadas con unas espátulas. Si la esploracion visual no basta para encontrarla, se puede llenar de agua teñida con grana ó añil el recto, observando con atencion el punto por donde sale.

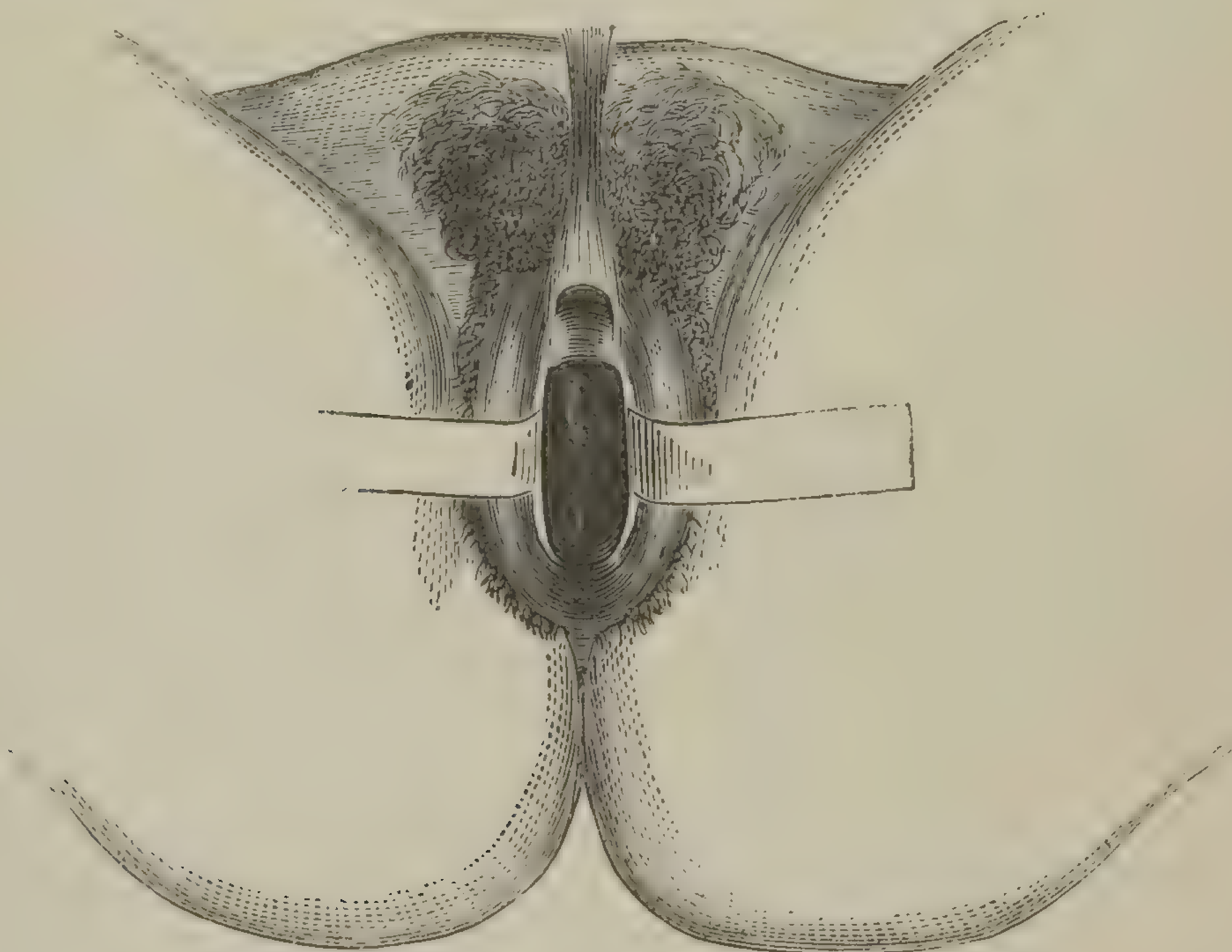


Fig. 64.—Esploracion para descubrir la fístula fecal.

Pronóstico.—Las fístulas fecales son mas susceptibles de cerrarse espontáneamente que las urinarias, por cuanto dan paso á escreciones gaseosas y semi-flúidas, y no á un líquido irritante que gotea constantemente é impide la reunion de las paredes fistulosas; pero aun así y todo, rara vez se efectúa la curacion sin la ayuda de la cirujía.

Tratamiento.—Las fístulas recto-vaginal y recto-labial deben curarse siempre por la sutura. Esta se practica del mismo modo que para las fístulas vésico-vaginales, escepto que se coloca la enferma en la posicion de la litotomía, y se introduce el spéculum de modo que eleve la pared anterior de la vagina, en vez de la posterior. Antes de operar, se paraliza siempre el músculo esfínter del ano, dilatándolo perfectamente con los dedos, despues de lo cual se colocará un tubo rectal, á ménos que moleste mucho á la enferma. Tambien ántes de la operacion se vaciará completamente el recto por medio de una lavativa, prolongando despues la constipacion con el opio por espacio de diez ó doce dias; y cuando se permita la primera evacuacion, se administrarán laxantes, á fin de evitar el tenesmo, el cual podría desunir los labios de la fístula.

En un caso de fístula recto-vaginal introduje el spéculum en el recto y practiqué la oclusion de la fístula en la superficie rectal, siendo sorprendente la facilidad con que se llevó á cabo la operacion.

Fístulas Éntero-Vaginales.

Es rara esta variedad, que consiste en un trayecto fistuloso entre la vagina y alguna parte del conducto intestinal encima del recto; y cuando se presenta debe considerarse como un ano artificial cuya obliteracion sería peligrosa. No sucede así cuando es directa la abertura y no hay trayecto de comunicacion entre uno y otro conducto; pero si existe un trayecto, la oclusion de su estremidad vaginal daría lugar probablemente á un abceso, escitado por el paso de materias fecales fuera del intestino.

Fístulas Vaginales Simples.

Definicion.—Bajo esta denominacion se agrupan aquellas comunicaciones fistulosas con la vagina, que no desempeñan las funciones escretorias de ninguno de los órganos vecinos, como, por ejemplo, las fístulas peritóneo-vaginales, las períneo-vaginales, y las ciegas.

Fístula peritóneo-vaginal.—Preséntase rara vez. Cuando existe es de temerse el descenso del intestino en la vagina, y la entrada del aire y de flúidos en la cavidad peritoneal. Una de las razones acaso de su rareza, es que, no dando paso á ninguna sustancia escrementicia, desaparece generalamente sin hacerse crónica. En todo caso, su presencia no acarrearía molestia alguna, y la fístula sería susceptible de curacion inmediata por la sutura.

La *Fístula períneo-vaginal* puede resultar ora de la reunion imperfecta de una rasgadura del periné, si se ha dejado una pequeña abertura cerca del esfínter del ano; ora de la penetracion del periné por la parte del feto que se presenta primero. Se cura con facilidad por medio de

la incision, la sutura, la cauterizacion, ó las inyecciones, segun lo prevenido para las fístulas fecales.

Las *Fístulas vaginales ciegas* son aquellas que determinan una acumulacion purulenta en alguna parte de la pélvis. Las estudiaremos detenidamente al tratar de los abcesos de la pélvis, bastando advertir aquí los principios que sirven de base á su tratamiento : 1°, la dilatacion del trayecto fistuloso por medio de las esponjas preparadas ó la incision ; 2°, el producir una accion alterante en las paredes del abceso, por medio del yodo, el hierro, el nitrato de plata, el agua, etc., etc.

CAPÍTULO XII.

CONSIDERACIONES GENERALES ACERCA DE LA PATOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES UTERINAS.

El estado incierto en que se halla la patología uterina, con mas eficacia que otra ninguna cosa, impide los progresos de la ginecología, desacreditándola relativamente á las hermanas especialidades como objeto de estudio especial, y avivando la llama casi ahogada de una preocupacion contra la cual sólo hace medio siglo que ha podido luchar ventajosamente.

En la medicina general, en cirujía y en todos los demas ramos especiales, considérase el estudio de la patología como la clave del arco que las sostiene, y los observadores se manifiestan dispuestos á ponerse de acuerdo acerca de los principios. En ginecología todo se presenta bajo el triste aspecto de la incertidumbre y la disension; y muchos de los que á ella se dedican, en vez de adoptar doctrinas liberales y sólidas, se hacen partidarios de algun dogma ó teoría especial, la cual á su vez se ve combatida acaloradamente por otros que sostienen teorías no ménos mezquinas, limitadas y esclusivas.

Como consecuencia de semejante estado de confusion entre las inteligencias mas distinguidas que se dedican á este ramo, cada especialista novel se cree con derecho á labrar y defender una teoría suya, ó á acogerse á alguna de las muchas que se presentan á su eleccion.

No puede negarse que la ginecología cuenta hoy tantos hombres hábiles, celosos y aplicados como otro cualquier ramo de la ciencia médica. ¿Por qué, pues, un cuerpo como este ha de debilitar su influencia por su adhesion á teorías disidentes y de partido? Por qué los unos se sienten obligados á sostener que es la inflamacion del parénquima la que desempeña el importante papel de causa de las lesiones uterinas; otros, que el principal elemento morbífico consiste en una irritacion ó hiperestesia de los nervios uterinos; otros, que la mayoría de las enfermedades del útero reconocen por causa la inflamacion de la mucosa de este órgano; miéntras que otros todavía atri-

buyen la parte mas importante al restablecimiento incompleto de la matriz despues de los cambios de estructura debidos á la gestacion? A cualquiera que examine el asunto desapasionadamente y con calma, no ya en su gabinete, sino á la cabecera de las enfermas, llevando á este exámen un ánimo despreocupado y el deseo ardiente de descubrir la verdad, me parece que no podrá ménos de hacérsele evidente que la verdad no está sólo en una de estas teorías, y sí se halla, hasta cierto punto, en cada una de ellas. Ningun patólogo pretende que las enfermedades del hígado, del corazon ó de los riñones tienen siempre un mismo orígen: ¿qué mas razon, pues, hay para querer encontrar una causa patogénica comun á todas las lesiones uterinas?

En ninguna época de los tiempos modernos gozó la ginecología de igual grado de favor y de prestigio, entre los hombres de la ciencia de que forma parte, que en la presente. Ha llegado, pues, el tiempo en que cada uno de sus amigos debería esforzarse en suprimir las facciones y los partidos, en librarla de dogmas y de teorías mezquinas, y en colocarla sobre las anchurosas bases que siempre, cual patología ilustrada, hubiera debido ocupar.

Para que el útero desempeñe sus funciones natural y eficazmente, es indispensable, 1°, que su inervacion y circulacion sean normales; 2°, que no se hayan cambiado el carácter ni las proporciones de su estructura; y 3°, que no haya sufrido ningun cambio notable ó permanente de posicion. Un estado anormal desarrollado en conexion con cualquiera de dichas condiciones esenciales, puede trastornar las funciones de esta víscera importante y manifestarse por síntomas que ocasionen mas ó ménos incomodidad á la mujer. Cuando, como sucede muy á menudo, el mal primitivo produce otros, hasta que al fin se vean perturbadas todas las tres condiciones, crece la gravedad de los síntomas en razon directa del aumento de número y variedad de estos. A veces el primer eslabon de la cadena de la accion morbosa es un estado de alteracion de los nervios que presiden á la circulacion, un estado general ó local que se refleja sobre estos reguladores de la nutricion, y determina una fluxion de la mucosa uterina, cuyos vasos se distienden primero y luego se dilatan. Continúan así las cosas durante mas ó ménos tiempo; y despues se forma el segundo eslabon, el cual consiste en un esceso de nutricion del tejido areolar ó conjuntivo subyacente, con aumento de volúmen y peso del órgano. Desarróllase entónces rápidamente el tercer eslabon. A consecuencia del aumento de peso, no bastan ya los sostenedores naturales del útero para mantenerlo en su lugar, y desciende en la pélvis, cambiando á veces la direccion de su eje, y presentándose fuera de los grandes labios. Otras veces el descenso no determina ningun cambio de direccion del eje, y entónces el cuello, dando contra la superficie curva del sacro, se dobla hácia adelante de modo que obstruye la salida de la sangre menstrual; otras, en fin, se inclina el fondo hácia adelante, hácia atras, ó á uno ú otro

lado, bien doblándose sobre el cuello, ó dislocándolo al desviarse. Preséntanse entónces, como síntomas de esta triple perturbacion, la leucorrea, los dolores en los lomos, la dismenorrea, la dificultad en la progresion y las numerosas incomodidades á que están espuestas las mujeres en semejantes casos.

Mas no siempre se suceden los fenómenos en el órden que acabamos de ver. El útero algunas veces, en lugar de volver á tomar sus dimensiones primitivas despues del parto, conserva el aumento de peso y volúmen adquirido durante el período de la gestacion; á consecuencia de lo cual, abandona su puesto, y este trastorno rompe el equilibrio de las otras dos condiciones que he dicho ser esenciales á la salud—la inervacion y circulacion normales y el estado íntegro de la estructura del órgano.

Por otra parte, un útero en estado perfectamente normal, bajo todos conceptos, puede esperimentar de repente una retroversion. Quedan desde luego perturbadas la inervacion y circulacion; manifiéstase la congestion y la hipergénesis progresiva de tejido; acabando por convertirse en un estado de hiperemia, de hipertrofia y de catarro crónico lo que al principio fué una simple dislocacion.

Lo que yo opino respecto de la serie de fenómenos patológicos que puede presentarse en las afecciones uterinas bien caracterizadas es, que los órganos pelvianos de una mujer que ha gozado hasta entónces de perfecta salud, pueden enfermarse, ya gradual ya súbitamente, por el desarrollo de una de las tres condiciones anormales siguientes: 1ª, trastorno de la inervacion y de la circulacion; 2ª, modificacion de la cantidad de tejido muscular ó conjuntivo; y 3ª, cambio de posicion. Sostengo, además, que la primera de las lesiones citadas arriba, toda vez que sea primitiva, puede determinar las otras dos; que, en siendo primitiva la segunda, como sucede en la subinvolucion y el desarrollo de neoplasmos, puede dar lugar á la primera y tercera; y que de la tercera, cuando se presenta primitivamente en un órgano sano, pueden resultar la primera y segunda.

Demos un paso mas hácia adelante. Puede decirse que los fenómenos patológicos que con mas frecuencia rompen el equilibrio de las tres condiciones que he mencionado, constituyen tambien las causas especiales de las enfermedades uterinas. ¿Cuáles son?

1ª. Inflamacion catarral del tapiz mucoso.
2ª. Congestion prolongada de los tejidos uterinos.
3ª. Crecimiento escesivo del tejido muscular ó conjuntivo.

Al principio puede no existir mas que una de estas—el catarro uterino, por ejemplo, el cual puede, con el tiempo, dar lugar á otra—la congestion del parénquima; pudiendo esta afluencia escesiva de sangre originar una tercera condicion—la hipergénesis del tejido conjuntivo. Por consiguiente, todo cuanto tiende á provocar y mantener cualquiera

de estos tres estados morbosos, favorece de una manera directa el establecimiento de una enfermedad uterina. La consideracion de este punto nos lleva al exámen de las causas patológicas individuales que de ordinario producen tal resultado.

1°. En la grandísima mayoría de los casos la accion morbosa se inaugura por la subinvolucion, la cual tiene por consecuencias directas la congestion pasiva, una secrecion escesiva por la mucosa, perturbaciones menstruales, dislocaciones, esterilidad y la compresion de los órganos vecinos.

2°. Casos hay que reconocen por causa el desarreglo de la circulacion y la inervacion uterinas determinado, ya por la dislocacion completa del órgano, ya por su flexion sobre su eje. Semejante dislocacion ó desviacion provoca la congestion pasiva, la hipergénesis de tejido, la dismenorrea, la esterilidad y la endometritis ó metritis catarral.

3°. Cierto número de casos deben su orígen á una inflamacion catarral primitiva del tapiz mucoso del útero mismo ; la que comenzando como entidad, da por resultado la hipergénesis de tejido, desviaciones, trastornos menstruales, y la esterilidad.

4°. En no pocos casos, la obstruccion de los menstruos modifican la inervacion, circulacion y dimensiones del útero ; y, determinando la distension de la cavidad uterina por la sangre menstrual aprisionada, causa la flegmasía de su tapiz mucoso, y tiene por resultado la leucorrea, la dismenorrea, el hematocele y las flexiones.

5°. En ciertos casos, la simpatía con los ovarios enfermos mantiene en el útero un estado de inervacion exagerada y de circulacion alterada, el cual concluye por convertirse en hiperemia general del órgano, con esceso de secrecion por su túnica mucosa. La leucorrea, los desórdenes menstruales, las dislocaciones, la esterilidad, etc., se presentan como consecuencias y síntomas de tales condiciones.

6°. El desarrollo de escrecencias benignas ó malignas, que consiste en la hiperplasia de uno ó mas de los elementos uterinos, perturba á menudo la inervacion, circulacion y peso proporcional del útero, originando dislocaciones, esterilidad, trastornos menstruales, leucorrea, dolores pelvianos, compresion de los órganos vecinos, etc.

7°. El útero, aunque no afectado primitivamente, puede dislocarse y congestionarse por la intervencion de adherencias formadas por una exudacion sero-fibrinosa en contacto con su superficie, durante el curso de una pelvi-peritonitis. La endometritis y una hipergénesis de tejido pueden ser el resultado de la dislocacion é hiperemia.

8°. Una enfermedad, no solo del cuerpo, sino del cuello tambien, no solo de la mucosa, sino tambien del tejido mismo del órgano, puede ser provocada en muchos casos por una rasgadura del cuello, la cual, determinando la eversion ó renversamiento de una gran superficie vulnerable, la espone al roce y lesiones durante la progresion y el cóito.

Sea el que fuere el estado patológico de que provenga la lesion,

despues que ha existido bastante tiempo para producir una enfermedad determinada, esta se ve caracterizada por los síntomas siguientes: leucorrea; trastornos menstruales; dolores lumbares y pelvianos; esterilidad; histerismo ó síntomas nerviosos; perturbaciones gástricas, intestinales, y vesicales, etc. Estas manifestaciones, sin pertenecer á ninguna enfermedad uterina en particular, las acompañan á todas tarde ó temprano.

En vista de estos hechos, bien puede preguntar el estudiante, cómo es posible que, en materia de patología, una inteligencia lógica se aferre á tales ó cuales doctrinas esclusivas, despreciando ó negando otras cuya importancia y alcance no pueden ponerse en duda. En mi opinion, esto se debe al haberse confundido la causa con el efecto. Todo partidario acérrimo de la teoría de la inflamacion, la hallará, en cada caso de larga duracion, en la mucosa, por cuanto la congestion de esta membrana produce una secrecion escesiva; y en el parénquima, porque la nutricion exagerada en esta parte origina la hipergénesis de tejido. Está el útero hipertrofiado, tumefacto, sensible al tacto, y tiene una secrecion escesiva, todo lo cual, á su modo de ver, prueba la existencia de la "inflamacion." En la gran mayoría de los casos en que se examina un útero que se halla en un estado anormal de larga duracion, se descubrirán los siguientes signos físicos:—

1°. El volúmen del útero será mayor que el normal.
2°. Existirá catarro de la túnica mucosa.
3°. Se presentará granulosa la superficie del cuello.
4°. Estará dislocado el útero.
5°. Se hallarán algo engrosados y sensibles los ovarios.

Hé aquí cinco teorías que se presentan á la eleccion, y en una junta de igual número de consultores, cada cual pudiera sostener una tésis inatacable, y cada cual pudiera tener razon, por mas que no pudiese probarlo, por no poseer ninguno de ellos la clave del desarrollo progresivo de esta condicion compleja. Segun mis observaciones, el siguiente modo de analizar esta serie de estados morbosos es el que mas á menudo da la clave para la solucion del problema:—

Fué interrumpida la involucion del útero algunos años ántes; y la subinvolucion, despues de cierta duracion, se trasformó gradualmente en una hiperplasia[1] areolar, la cual no tardó en determinar una dislocacion, que estorbando el retorno de la sangre venosa, produjo un catarro uterino, cuyo flujo dió lugar á escoriaciones en la superficie vaginal del cuello; esta causa, en combinacion con el roce, originó una degeneracion granulosa, y la irritacion trasmitida por tan complicadas influencias irritantes dió por resultado el aumento de volúmen y la sensibilidad de los ovarios.

[1] *Hipertrofia* significa el crecimiento escesivo de un tejido existente; por *hiperplasia* se entiende el desarrollo de un tejido nuevo.

Fundado en mi esperiencia, yo digo que la subinvolucion es la causa mas comun de la referida serie de estados morbosos: no digo que sea la causa universal. Puede ser que todas estas lesiones hayan resultado de la hiperemia determinada por una retroversion que, descuidada, haya dificultado por largo tiempo el retorno venoso; ó quizá la ancha superficie granulosa que se ha llamado *ulceracion inflamatoria*, sea una eversion, ó renversamiento, de la mucosa cervical debido á la rasgadura del cuello que, ocurrida durante el parto cinco años atras, haya mantenido la irritacion nerviosa y la hiperemia que han dado lugar á todos estos *signos inflamatorios.*

Fundado en que el útero aumentado de volúmen, sensible é ingurgitado, por mas que presente muchos de los signos físicos y racionales de la inflamacion, no por ello está inflamado, ha habido quien intentara cortar el nudo gordiano designando esta anomalía con el nombre de *irritabilidad.* Mas el término fué mal escogido, y su introduccion, mas bien ha complicado que simplificado la cuestion; y los ginecólogos en general se han manifestado poco dispuestos á aceptar una denominacion que se contrae á indicar tan solamente la condicion nerviosa de un estado caracterizado por la congestion, la hipergénesis de tejido, y una exaltacion nerviosa concomitante y tal vez resultante de él.

Puédese preguntar, sin embargo, si esta condicion de aumento de volúmen, como quiera que se haya originado, no es, en resumidas cuentas, un estado inflamatorio, una metritis crónica. Respondo, que no tiene mas carácter de inflamacion crónica que la hipertrofia de las amígdalas que persiste durante años en los niños, ó que el tumor sensible del bazo incidental á la infeccion palúdica, ó la hipertrofia sifilítica del testículo. No niego el nombre y el carácter de inflamacion á la amigdalitis supurada, á la orquitis que sobreviene durante el curso de una blenorragia, ni aun á aquella afeccion tan rara—la esplenitis—que suele terminar por supuracion. Ahora bien, diga el lector imparcial, segun sus propias observaciones, á cuál de estos estados patológicos, al primero ó al segundo, se asemeja mas el del útero que venimos estudiando. Bien sé cuál será su respuesta.

Lo que llevamos dicho se aplica, no sólo á los partidarios de la teoría de la inflamacion, sino á los de todas las demas que han sido adoptadas. El que desee sostener su teoría y su partido descubriendo una dislocacion, la hallará casi siempre, ya que, con un aumento de peso, un útero que hasta entónces se mantenía en su posicion normal, suele abandonarla andando el tiempo; al que espera encontrar un catarro uterino, tambien se le cumplirán sus deseos, pues una membrana mucosa congestionada produce siempre una secrecion escesiva; y aun á veces podrá sostener su teoría el que sólo se contente con una enfermedad de los ovarios, por cuanto tienen estos una simpatía tan íntima con el útero que es fácil se afecten tarde ó temprano, durante el curso de una lesion crónica de dicho órgano.

Pronóstico de las afecciones uterinas.—De todos los órganos del cuerpo, ninguno hay cuyas enfermedades ofrezcan mayores dificultades para el pronóstico que las del útero. Son de tanta importancia las costumbres de la enferma, las influencias nocivas á que se halle espuesta, y la fidelidad con que siga los consejos del médico, que las mas veces poco puede predecirse, poco prometerse de una manera positiva. El error en que mas fácilmente cae el práctico incauto, es el de predecir la curacion para una época demasiado cercana, fijando el plazo en que se ha de lograr.

Dirá tal vez la enferma, que tanto ella como sus parientes se darán por satisfechos, aun cuando se trate no sólo de meses sino de años, pero que está deseosa de saber para *cuándo* puede contar con la curacion sin falta. A esta demanda se le debe contestar, á menudo, no sólo en el interés menor del médico, sino en el trascendental de la enferma, que no es posible fijar plazo alguno. En ciertos casos se hace necesario decir que, no ménos que la época, el logro de una curacion completa ofrece duda; que el tratamiento local podrá no ser sin peligro, y hasta podrá agravar los síntomas existentes.

Otra cosa hay que influye en el pronóstico. En el tratamiento de las enfermedades uterinas es de la mas alta importancia que el médico despierte el interés y se asegure la cooperacion de la enferma. Si esta se mostrare indiferente respecto del resultado, ó si por algun motivo, despues de haberse sometido con entusiasmo al tratamiento durante cierto tiempo, pierde luego su interés, la tarea del médico será probablemente ardua, enojosa é inútil; por cuya razon se guardará de recomendar con demasiada insistencia el empleo del tratamiento local.

En vista de lo espuesto, y porque el tratamiento puede durar muchos meses ántes que se obtenga la curacion, el médico procurará evitar toda medida que por su desaseo ó su naturaleza desagradable pudiera repugnar á una enferma delicada, y hacer que ántes prefiera sobrellevar la enfermedad que consentir á los medios empleados para curarla. No quiero decir que dejen de emplearse estos, si hay mucha probabilidad de que proporcionen alivio; pero si, como sucede á menudo, es dudosa su eficacia, no debe instarse por su empleo. Por ejemplo, si para aliviar una endometritis no muy molesta en sí, en una señora activa y refinada, se viese esta precisada á abandonar la sociedad y pasar en cama la mayor parte del tiempo; á llenarse diariamente la vagina de una masa semisólida de harina de linaza, segun el método de Mélier; á hacerse fricciones con pomada mercurial en el hipogastrio, y á someterse á la aplicacion semanal de sanguijuelas al ano, probable es que pronto se fastidiaría del tratamiento y caería en el estado de apatía á que he aludido.

Existen ciertos casos para los cuales recomiendo se use la mayor franqueza. Me refiero á aquellos en que el esposo, la madre, ú otros parientes han persuadido á la enferma, contra su propia voluntad, á

que se someta al tratamiento. Ella desecha terminantemente el plan que se ha de seguir; está segura de que no ha de ser eficaz, y poco dispuesta á dar cumplimiento á las órdenes del médico; y con todo cede á los ruegos de los suyos, quienes le aseguran que el tratamiento ni será molesto ni doloroso, sino que por su medio desaparecerá irremisiblemente la enfermedad dentro de algunas semanas.

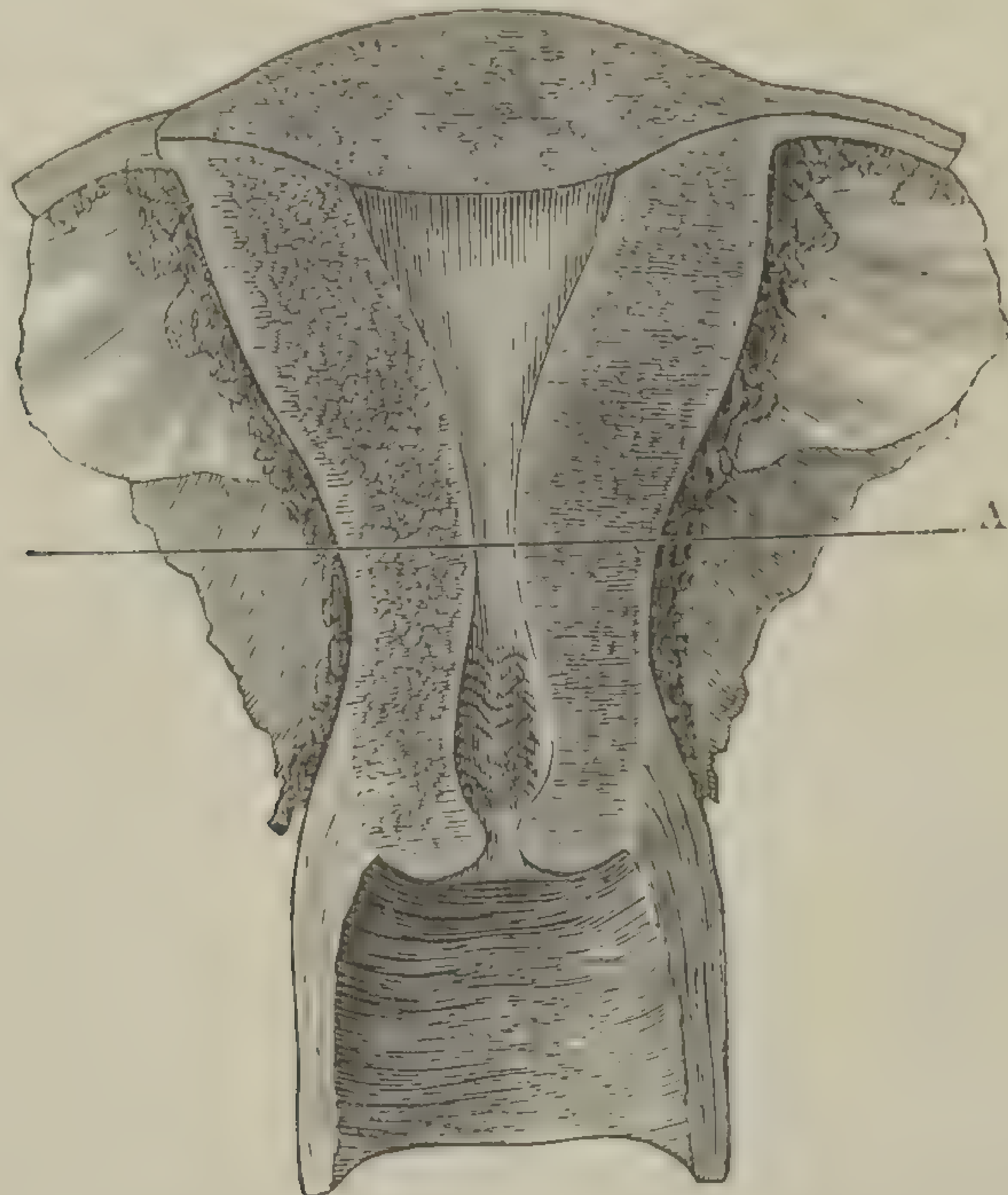


Fig. 65.—La raya A representa la línea divisoria del cuerpo y del cuello.

El médico, tanto en su propio interés como en el de la enferma, se guardará de prestarse á semejante engaño. Esplicará puntualmente el caso á la paciente, haciéndole presente el peligro que el descuido acarreará, é indicándole su deber en las circunstancias actuales; y por último se negará á encargarse de la cura hasta que la interesada misma desee su asistencia.

Como norma para el pronóstico, yo observo una regla general que no vacilo en recomendar particularmente al lector, por haberme fallado muy rara vez. Cuando la enfermedad tiene su asiento por debajo de la línea divisoria del cuerpo y el cuello (Fig. 65), y no es de carácter maligno, puede mirarse como posible la curacion, por grave que sea la afeccion de la mucosa ó del parénquima. Si la accion morbosa está por encima de aquella línea, y aunque no presente síntomas de gravedad especial, el médico andará circunspecto en sus promesas de curacion, y no fijará límite en cuanto al tiempo. Verdad es que pueden curarse los casos recientes, y aun á veces ciertos casos crónicos de endometritis del cuerpo; pero la cura es siempre muy difícil en los primeros y muchas veces imposible en los últimos.

Causas de la frecuencia del mal éxito en el tratamiento de las

enfermedades uterinas.—No se puede negar la incurabilidad de algunas afecciones uterinas de tipo no maligno; pero aun prescindiendo de estas, es notorio que el tratamiento local de las enfermedades en cuestion no conduce á tan buenos resultados como podría desearse. Me propongo ahora inquirir las causas de esta falta de buen éxito; y creo que las mas aparentes y constantes pueden enumerarse como sigue:—

Diagnóstico imperfecto;
Pronóstico erróneo;
Terapéutica ineficaz ó impropia;
Descuido en el tratamiento general.

Diagnóstico imperfecto.—No son raros los ejemplos de médicos que han estado, durante meses, curando casos de enfermedades uterinas acerca de cuya naturaleza, no solamente no tienen formada una teoría exacta, sino que ni siquiera teoría poseen. En tales circunstancias, la práctica comun es pasar una barrita de nitrato de plata hasta el orificio interno, como una vez por semana, no con objeto de curar una endometritis del cuello, que jamas se ha sospechado, sino á fin de hacer lo mejor que se puede en materia de tratamiento, cuando se ignora la naturaleza de la enfermedad. No deseo atribuir esto siempre á la mala fe del médico, sino mas bien á su indecision y su temor de verse desairado por su enferma; pero es imposible negar que semejante proceder es adoptado á veces por hombres que no vacilarían en confesar su incertidumbre y pedir consejos si se tratara de una enfermedad de los ojos ó de una artritis de la rodilla. En las enfermedades uterinas, como en todas las demas, es indispensable un diagnóstico correcto para el buen éxito del tratamiento; é igualmente en este que en los otros ramos de la práctica, es necesario que el facultativo tome por norma la honradez y la sinceridad. El engaño en esta parte, si bien ménos espuesto á ser descubierto, no es á buen seguro ménos culpable que en el charlatan cuya divisa es el fraude.

Pronóstico erróneo.—Aun cuando hayan sido acertados el diagnóstico y el tratamiento, un error en el pronóstico puede destruir la fe de la enferma, decidiéndola á cambiar de facultativo, y esponiéndola á variaciones sin cuento de teorías y de terapéutica. Por ejemplo, habiendo diagnosticado el primer médico una endometritis, con dislocacion consecutiva, el segundo trata tal vez únicamente de reponer el órgano, considerando el cambio de situacion como orígen de los síntomas. Viene un tercero, el cual podrá manifestar á la enferma que contener el flujo leucorréico copioso que tiene, sería curarla; lo que negará acaso el cuarto, afirmando que la afeccion uterina era simplemente una complicacion de la ovaritis, fuente de todos sus males.

Terapéutica ineficaz ó impropia.—Puede esta ser causa del mal éxito, á pesar de lo acertado del diagnóstico y del pronóstico. Algunas veces se emplea con persistencia una serie de alterantes locales cuando

lo que requiere la enfermedad es una medicacion mas general. Otras veces, en lugar de limitar al cuello la aplicacion de los tópicos, es necesario estenderla á la cavidad del cuerpo; y otras aun, practicar una ligera operacion quirúrgica para suprimir alguna dificultad cuya persistencia prolongaría indefinidamente la duracion de la enfermedad.

En estas afecciones no es mediante el tratamiento directo de la enfermedad mas culminante que se alcanza el mejor éxito; pero frecuentemente se le puede obtener suprimiendo la causa ó aliviando las complicaciones. Por ejemplo, el médico descubre la existencia de una endometritis, acompañada de leucorrea, dolor, trastornos menstruales, y otros síntomas característicos. Esta afeccion puede ser el resultado de una dislocacion anterior; en cuyo caso, así como la accion morbosa comenzó por el cambio de situacion, así tambien debe principiarse el tratamiento por reponer el órgano dislocado y mantenerlo en su sitio. *Causa non sublata tollitur non effectus* es proposicion tan exacta como su inversa. Otro ejemplo. Una enferma padece menorragia y menstruacion prolongada, presentándose el cuello uterino largo y contraido. La obstruccion de la sangre menstrual altera frecuentemente la mucosa del útero de tal modo que viene á ser causa de estas perturbaciones. Si el médico trata de combatir el síntoma, fracasará seguramente; al paso que el buen éxito será el premio de sus esfuerzos si quita el obstáculo que impide se vacíe la matriz.

Sucede lo mismo con las complicaciones escitadas por las enfermedades uterinas. Una mujer se halla afectada de una endometritis del cuello, que con el tiempo produce la hiperplasia, y esta á su vez, aumentando el peso del útero, determina su dislocacion. La progresion y el cóito lastiman el órgano caido en el suelo de la pélvis, una leucorrea purulenta baña su parte inferior, y dolores pelvianos agudos molestan y mortifican á la enferma. Si el médico espera curarla, es menester que al tiempo de tratar la enfermedad inicial (la endometritis), combata una serie de complicaciones, las cuales, á no ser suprimidas, causarán recidivas cada vez que se aproxime al logro de su objeto.

Antes de concluir estas observaciones, citaremos un ejemplo. Existe una dislocacion de la matriz, y aunque el práctico reconoce que es debida, bien al aumento de peso, bien á la falta de apoyo, no puede determinar cuál de estas dos influencias sea la primordial, por presentarse ámbas al tiempo de practicarse el exámen. A fin de efectuar la curacion, lo mas acertado sería no limitar el tratamiento á una sola de aquellas, sino estenderlo á una y otra simultáneamente, proporcionando al útero un apoyo artificial y disminuyendo su peso. Es decir, que en la imposibilidad de saber cuál sea la enfermedad primitiva, y cuál la complicacion, se debe tratar de combatir ámbas á la vez. Pero aquí, por desgracia, la enferma tropieza con una preocupacion personal de su médico, el cual desaprueba el uso de los pesarios. ¿Por qué? ¡Por que los ha visto producir efectos desastrosos! Y, con todo, no desa-

prueba el empleo de las férulas, de la algalia, de la anestesia, ni del opio! Es muy probable que en toda su carrera no haya dedicado siquiera una hora al estudio de un asunto de tamaña importancia. Con cuánta frecuencia sucede que enfermas afectadas de una anteversion, una retroversion, ó un prolapso de poca entidad, despues de haber estado sometidas durante años al tratamiento de uno de estos médicos de preocupaciones, se dirigen á un especialista, y obteniendo inmediatamente alivio, hacen con sorpresa esta pregunta significativa: ¿por qué no se recurrió á estos medios mucho tiempo há?

Descuido en el tratamiento general y la higiene.—El aserto enunciado con frecuencia, de que la mayoría de los casos de enfermedades uterinas no requieren el menor tratamiento local, es un sofisma basado, bien sea en una fuerte preocupacion en contra de uno de los adelantos mas importantes de la medicina moderna, ó en la falta de esperiencia. No se puede, sin embargo, insistir demasiado en las ventajas del tratamiento constitucional y general de estos casos. Con demasiada frecuencia dejamos de exigir el reposo, la abstinencia del acto sexual, la tranquilidad despues de hacerse aplicaciones al útero, y otros puntos cuyo descuido produce una influencia nociva poderosa y destruye la eficacia toda de los medios locales.

Astruc principia sus instrucciones para el tratamiento de las úlceras uterinas previniendo, que—

"Se encargue á la enferma se abstenga de todo ejercicio, y permanezca constantemente recostada sobre un asiento largo.

"Por la misma razon, conviene, si es casada, que duerma separada de su marido.

"Es necesario, por la misma razon, que evite toda emocion propia para agitar el ánimo, como la tristeza, la inquietud, la cólera, etc."

Estas reglas, sentadas mas de cien años há, se descuidan á menudo en la actualidad, confiándose esclusiva y demasiadamente en el tratamiento local. Todo el que tenga esperiencia de estas afecciones debe haberse admirado de ver la gran mejoría producida por un viaje por mar, una temporada de algunos meses en el campo ó los baños de mar, en casos en que por largo tiempo se empleó en balde el tratamiento local. La mejoría no se manifiesta únicamente en la salud general de la enferma, sino tambien en la parte afecta, obteniéndose de ese modo la curacion completa de algunos casos. Acontece lo mismo con las úlceras indolentes de la pierna, las cuales suelen curarse por los medios arriba indicados, que obran sobre la constitucion, despues de haberse reconocido la inutilidad del tratamiento local, cuya eficacia para tales casos no se puede negar.

Recuerdo la honda impresion que me causó el siguiente caso. Hacía algunos meses que yo curaba á una señora delicada, que padecía una retroversion acompañada de una endometritis del cuello, y una hiper-

plasia, el resultado de una subinvolucion antigua. Sus parientes impensadamente resolvieron emprender un viaje á Tierra Santa ; y ella, deseosa de acompañarlos, vino á pedirme, no permiso, sino asentimiento, pues evidentemente estaba ya resuelta á partir. Como una buena parte del viaje debía hacerse á caballo á paso lento, yo temía de veras empeorase el estado de la enferma. Con gran sorpresa mia, sin embargo, mejoró rápidamente, y á su regreso se encontraba mejor de lo que había estado desde hacía muchos años. Con todo, al practicar el exámen, reconocí que subsistía la dislocacion del útero, y la degeneracion granulosa del cuello, si bien en grado menor.

El ginecólogo no debe olvidar que una enfermedad crónica local es con frecuencia causada por la postracion general del sistema. Unas veces sufren los pulmones una induracion pneumónica de carácter crónico, la cual á menudo termina en la tísis ; otras veces ocurre la corneitis crónica, ó la blefaritis granulosa ; otras en fin, la endometritis crónica del cuello indica el estado de alteracion constitucional. Cuando esto tiene lugar, ámbas condiciones continúan ejerciendo una reaccion mútua. La alteracion del sistema exaspera la afeccion local que ha ocasionado, y la irritacion producida por esta última aumenta á su vez la intensidad de la primera. Es evidente que, siendo esto positivo, sería absurdo tratar de curar uno de los dos estados patológicos existentes sin atacar simultáneamente al otro. Preséntanse, sin embargo, algunos casos de endometritis, generalmente á consecuencia del parto ó de un aborto en mujeres que al parecer, se hallan en buena salud ; pero por lo general se observará que la endometritis cervical y aun la del cuerpo, (cuya última puede trasformarse en degeneracion granulosa,) es debidá á la depresion general del organismo.

De esto servirá de ejemplo el siguiente caso. El Dr. A. E. M. Purdy trajo un dia á mi oficina una enferma que tenía dos úteros y dos vaginas independientes entre sí. Miéntras yo me disponía para examinarla, el Dr. Purdy me dijo que el útero derecho se hallaba en estado de degeneracion granulosa ; pero pude reconocer que el otro estaba afectado de la misma manera. Hacía algunas semanas que el precitado médico no practicaba el exámen, y durante el intérvalo, el estado general que había originado la lesion de uno de los úteros, había producido igual alteracion en el otro. Puede objetarse con razon que la enfermedad en uno y otro puede haber sido determinada por alguna causa local. Ninguna se pudo descubrir, sin embargo, ni la enferma había estado espuesta á ninguna influencia local que no tuviese ya años de existencia.

CAPÍTULO XIII.

ENDOMETRITIS AGUDA.

Las variedades de flegmasía de la membrana mucosa del útero pueden agruparse de este modo :—

Endometritis	Aguda	General.
		Del cuello.
		Del cuerpo.
	Crónica	General.
		Del cuello.
		Del cuerpo.

Sinónimos.—Háse estudiado esta afeccion bajo los nombres de leucorrea uterina aguda, catarro uterino agudo, y metritis interna aguda.

Frecuencia.—La flegmasía aguda de la mucosa uterina es una afeccion bastante frecuente ; mas, teniendo á menudo un curso rápido, pasa desapercibida en muchos casos, ora terminando por resolucion, ora trasformándose en enfermedad crónica. Así esplico muchos de los casos de supresion de las reglas y de dismenorrea congestiva que con tanta frecuencia observamos terminar en afecciones crónicas ; y tambien aquellos flujos leucorréicos abundantes y dolorosos que sobrevienen durante las fiebres exantemáticas, y continúan largo tiempo despues que estas han desaparecido. Dícese muy comunmente que la metritis aguda se presenta rara vez sólo como consecuencia del parto ; y no lo niego, en cuanto á la inflamacion parenquimatosa, pero no convengo en ello relativamente á la metritis catarral, ó endometritis, la cual con frecuencia origina perturbaciones menstruales repentinas y leucorreas violentas.

Variedades.—Segun cuál sea la causa de la accion morbosa, esta puede tener su sitio, ya en la túnica interna del cuello, ya en la del cuerpo, ó puede interesar la mucosa uterina en toda su estension. Así,

la forma que sigue inmediatamente al parto ó al aborto, ó resulta de una blenorragia, suele afectar, bien todo el canal mucoso, ó solamente la parte cervical ; miéntras que la flegmasía debida á la supresion repentina de los menstruos se circunscribe con mas probabilidad al cuerpo.

Causas.—Las causas de la endometritis aguda son :

Lesiones traumáticas ;
Impresion del frio durante las reglas ;
Enfermedades constitucionales de carácter séptico ó asténico ;
Vaginitis, específica ó simple ;
Evacuacion de la sangre menstrual retenida ;
Escesos venéreos ;
Supresion de las reglas.

La introduccion de la sonda uterina ó del pesario intra-uterino, el uso de las esponjas preparadas, la aplicacion de irritantes químicos, las operaciones quirúrgicas, y el cóito desenfrenado pueden mencionarse como ejemplos de lesiones traumáticas capaces de producir esta afeccion.

Es probable que influya algunas veces esta enfermedad en esos casos de peritonitis mortal que provienen del uso de las esponjas preparadas, las sondas y los pesarios intra-uterinos. El trabajo inflamatorio se desarrolla primero en la membrana mucosa del útero, y de allí se propaga rápidamente por las trompas al peritoneo.

La blenorragia, ó vaginitis específica, se estiende á veces al cuello y al cuerpo del útero y atraviesa las trompas, causando una pelviperitonitis de carácter sumamente grave. Aun la vaginitis simple, en sus formas mas intensas, es capaz de determinar la endometritis.

El estado particular de la sangre que acompaña y constituye uno de los elementos del sarampion, de la escarlatina, de la viruela y de la roseola, así como la influencia ejercida por este estado sobre todas las mucosas del organismo, pueden á veces dar lugar á una endometritis general ; la cual proviene tambien con no poca frecuencia del estado hémico producido por la tisis. A esta forma le da Kiwisch la denominacion de *catarro constitucional metastático.*

La enfermedad que nos ocupa es producida con frecuencia por la esposicion al frio ó á la humedad, una gran inquietud del ánimo, ó cualquier otra influencia que suspenda súbitamente las reglas. Al momento de recibir la impresion del frio ó de la humedad, puede suceder la supresion de los menstruos, ó una dismenorrea congestiva, pudiendo desde entónces existir la endometritis. No debe sorprendernos que una suspension tan súbita de las reglas produzca la enfermedad que nos ocupa, ya que á veces causa un hematocele pelviano de carácter mortal.

Los escesos venéreos, aun cuando no se lastime directamente la ma-

triz, pueden ocasionar la enfermedad, prolongando la congestion uterina intensa escitada por el cóito.

Es un hecho notorio que cuando la sangre menstrual se ha retenido largo tiempo en la matriz, á consecuencia de una obstruccion en la vagina ó en su entrada, ó por la imperforacion del hímen, la separacion del obturador y la penetracion del aire provocan á menudo una endometritis grave, y aun á veces funesta. Estos casos se asemejan mucho á la endometritis séptica que sobreviene despues del parto, y constituye el primer paso hácia la septicemia y la peritonitis.

Síntomas.—Cuando la enfermedad sobreviene en el estado no puerperal, son poco violentos los síntomas por los cuales se manifiesta. Acusa de ordinario la enferma una sensacion de pesadez, dolor y tirantez en la pélvis, dolores lumbares, dolores en las ingles y en los muslos, con escozor pruriginoso en la vagina, y tenesmo vesical y rectal. Un flujo viscoso se presenta generalmente á los cuatro ó cinco dias, volviéndose á los ocho ó diez cremoso, y tal vez sanguinolento ; en los casos graves hay timpanitis, sensibilidad á la compresion, y tenesmo uterino, ó dolores espulsivos ; y algunas aunque raras veces, hay diarrea activa, debida á la irritacion refleja de los nervios rectales. El contacto del flujo vaginal con la piel de la vulva, del abdómen ó de los muslos, causa una irritacion intensa que puede producir escoriaciones ó el desarrollo de un prurito grave, que acaso se estienda por todo el cuerpo, como yo lo he visto suceder en dos casos. La secrecion purulenta puede ser ácida ó alcalina : lo primero cuando proviene de la vagina, y lo segundo cuando es producida por la mucosa de la matriz. Si el líquido irritante del útero ha provocado la vaginitis, como sucede frecuentemente, la secrecion ácida vaginal vence la alcalinidad de la uterina ; mas no se verifica este cambio si no existe una vaginitis algo intensa.

Signos físicos.—Al practicarse el tacto se encuentra la vagina caliente y seca, ó tal vez bañada por el líquido que acabamos de indicar ; preséntase el orificio esterno abierto, el cuello hinchado y muy sensible, aumentado el volúmen del cuerpo, y todo el órgano anormalmente deprimido en la cavidad pelviana. Examinado con el spéculum el cuello se ve hinchado, rojo y edematoso, derramándose por su orificio entreabierto, ó un flúido albuminoso, moco-purulento, ó estrías largas y tenaces de moco cervical. Como regla general, debe evitarse toda esploracion del útero, y si alguna vez se emplea la tienta, será con la mayor precaucion, y nunca sin ayuda del spéculum, no debiendo meterse jamas la sonda del modo con que ordinariamente se verifica. Su introduccion dará á conocer la sensibilidad que reina en toda la cavidad uterina, y el menor contacto con el fondo provocará el derrame de unas cuantas gotas de sangre. Diré mas, es tan intensa la ingurgitacion, que muchas veces aun la introduccion del spéculum basta para provocar el derrame sanguíneo por el cuello.

Por medio de la palpacion y el tacto combinados, se encuentra el cuerpo del órgano engrosado y sensible, lo cual daría lugar á que una persona de poca reflexion, ó que no conoce debidamente la materia, diagnosticase de la manera mas positiva una metritis parenquimatosa aguda.

Diagnóstico diferencial.—El flemon peri-uterino, la pelvi-peritonitis y la vaginitis aguda son las únicas afecciones con que hay probabilidad de confundirse esta. El desarreglo constitucional suele ser ménos notable y ménos profundo en la endometritis que en las dos primeras, las que á menudo van precedidas de escalofrios, y por lo regular de un movimiento febril mas intenso y mayor elevacion de temperatura, aunque no siempre sucede así. El desórden general que acompaña á la vaginitis aguda es comunmente mucho menor; pero casi nunca puede establecerse con seguridad el diagnóstico sin el exámen físico, por el que se descubrirá, en la flegmasía pelviana, la inmovilidad del útero, la induracion del tejido peri-uterino, y una sensibilidad escesiva cuando, al practicarse la palpacion y el tacto combinados, se comprimen otras partes que el útero. Se notará generalmente que el flemon y la peritonitis no van acompañados de gran aumento de secrecion vaginal ó uterina.

Patología.—En su primer período, esta enfermedad consiste en una hiperemia activa é intensa de la túnica mucosa del útero, la que se halla rojiza, hinchada, edematosa y reblandecida; presentándose en su superficie, segun Scanzoni, unas manchas debidas á la congestion de las redecillas capilares que rodean á las aberturas de los folículos utriculares. Al comenzar el segundo período, la cavidad de la matriz contiene un esceso de moco, ó de un pus cremoso mezclado de mayor ó menor cantidad de sangre. Cuando esta ingurgitacion inflamatoria ataca el cuello, interesa particularmente su superficie vaginal, como lo demostrará el exámen con el spéculum.

El microscopio revela la presencia, en el moco que hemos mencionado, de millares de células y á veces de moldes enteros de los folículos utriculares.

"El catarro agudo de la mucosa uterina, dice Scanzoni,[1] de ordinario va acompañado de una tumefaccion congestiva de la sustancia muscular del órgano, siendo posible casi siempre observar á simple vista la ingurgitacion sanguínea de los vasos, particularmente en las capas mas internas del útero. Esto da lugar ordinariamente á una infiltracion y reblandecimiento mucho mas notables en las capas del parénquima uterino mas próximas á la membrana mucosa; y de aquí que estas alteraciones de tejido, características de la metritis aguda parenquimatosa, acompañen comunmente al catarro de la membrana mucosa cuando este ha obtenido un alto grado de intensidad." Klob[2] observa que "la

[1] Diseases of Females, ed. americana, p. 193.

[2] Path. Anat. Female Sex. Organs, ed. americana, p. 231.

sustancia toda del útero parece en general hipertrofiada y su tejido mas vascular y *suculento*, particularmente en las capas mas inmediatas á la mucosa."

La endometritis aguda se presenta muy rara vez ántes de la pubertad.

Complicaciones.—Estas son la metritis aguda, la uretritis, la vaginitis, la vulvitis, la cistitis, la salpingitis, la pelvi-peritonitis y varias afecciones eruptivas que resultan de la rascadura provocada por el prurito de la vulva. La primera de estas complicaciones es tan importante, que merece considerarse con especialidad.

Con la luz difundida por la ciencia sobre esta materia, ya es tiempo, me parece, de relegar la metritis parenquimatosa aguda á un rango patológico ménos preeminente del que hasta hoy ha ocupado. Con respecto á su frecuencia como enfermedad primitiva, son tan numerosas como encontradas las opiniones. Débese esto, parte á que algunos la han descrito sin establecer la diferencia entre las formas puerperal y no puerperal, al paso que otros han limitado sus observaciones, como lo hacemos aquí, á la segunda de dichas formas ; parte al haberse confundido con la metritis la endometritis, la congestion activa causada por la supresion de las reglas, la peritonitis y el flemon del tejido celular ; y particularmente á la dificultad de obtener pruebas necroscópicas, por terminar generalmente por la curacion. La existencia de la metritis parenquimatosa, como complicacion de la flegmasía de la túnica mucosa interna, es un hecho universalmente admitido ; pero dudo se halle mencion de un solo caso bien comprobado de dicha afeccion como entidad patológica. Las descripciones que se encuentran en las obras recientes sobre esta enfermedad—por ejemplo, las de Courty, de Gallard y de Scanzoni, cada uno de los cuales le dedica un espacio considerable—mas que de investigacion clínica, tienen, en mi sentir, un carácter de tradicion literaria.

Al buscar un ejemplo de verdadera metritis no complicada, noté muchos casos que otros calificaban así, y no pocos que yo mismo miré como tales, hasta que la autopsia ú otras pruebas me hicieron ver el error en que me hallaba. Rokitansky[1] afirma que "en la inflamacion aguda de este órgano, es por lo general la membrana mucosa del útero la que primero se afecta, lo cual casi nunca sucede con el tejido uterino, hasta donde pueda demostrarlo el anatómico patológico, esceptuándose la reaccion que sigue al traumatismo, particularmente de la porcion vaginal."

Klob,[2] en su obra publicada poco há, se espresa mas terminantemente todavía respecto de la existencia de la metritis no complicada, declarando que se ve precisado á describirla segun los escritos de

[1] Pathological Anatomy.

[2] Path. Anat. Female Sex. Organs, ed. americana, p. 231.

otros autores, por no haber él mismo encontrado jamas un solo caso.

Algunos prácticos son propensos á considerar como metritis todo caso de trabajo inflamatorio en la pélvis, acompañado de una gran sensibilidad sobre el útero; pero semejantes casos reconocen mas bien por causa la peritonitis ó el flemon pelviano, accidentes nada raros, ó la congestion activa causada por los escesos venéreos ó la supresion de los menstruos. No es raro que una verdadera metritis sobrevenga despues del parto, sea á término ó bien prematuro; pero esta variedad no puede ser objeto del presente estudio. En cuanto á la forma que nos ocupa, estoy convencido de que el médico que deseche sus teorías preconcebidas y considere sólo los resultados de sus observaciones, verá que muy rara vez ha encontrado esta afeccion, máxime, si ha fijado su atencion la frecuencia de las enfermedades que la simulan.

Curso, duracion y terminacion.—La endometritis aguda, cuando se presenta en el estado no puerperal, puede terminar por resolucion; suele durar de un mes á seis semanas; y no es imposible que complete su curso sin haberse diagnosticado su existencia. Algunas veces termina por tomar la forma crónica de la inflamacion mucosa, ó aun la de una hiperplasia ligera, afectándose el tejido conjuntivo subyacente superficial. Es dudoso que una endometritis de alguna gravedad llegue á su terminacion sin que la complique en mayor ó menor grado una alteracion del parénquima. Como ya hemos dicho, la enfermedad puede ó curarse ó pasar al estado crónico. Tambien puede terminar por la muerte, por cuanto la accion inflamatoria, si llega á propagarse á lo largo de las trompas falopianas, provoca una salpingitis, que, dando por resultado un derrame purulento abundante en el peritoneo, puede producir una flegmasía de esta serosa.

Pronóstico.—A pesar de todas estas posibilidades, el pronóstico es siempre favorable, con tal que la enferma se cuide con mediana solicitud y se preste á un método curativo conveniente.

Tratamiento.—Establecido bien claramente el diagnóstico, debe procederse desde luego al tratamiento; siendo condiciones imprescindibles de este el reposo del cuerpo y del ánimo. En los casos graves se mantiene la enferma en cama en el decúbito dorsal, y perfectamente quieta, sin que le sea permitido tomar la posicion sentada, ni aun para orinar ó defecar. Adminístrase libremente el opio, por la boca ó por el recto, con objeto de aliviar el dolor y producir una tranquilidad completa de los nervios; dándose en los casos graves 6 centígramos de polvos de opio, ó la cantidad equivalente de morfina, cada tres horas. Estoy seguro de las propiedades sedativas de esta droga para el sistema nervioso y de su eficacia para calmar el dolor: mediante la influencia que ejerce sobre los nervios, modifica absolutamente la accion inflamatoria. No se prescriben catárticos á ménos que exista la constipacion; y de ordinario no debe administrarse mas medicamento que el opio.

Colóease sobre el hipogastrio una cataplasma caliente de harina de linaza; bastando cambiarla cada doce horas, con tal de cubrirla con hule de seda para impedir que pierda su calor. Se evitará molestar á la enferma con sanguijuelas ó ventosas. El movimiento febril, por intenso que sea, es fácil de combatir por medio de la administracion oportuna de la tintura de *veratrum viride*[1] (eléboro verde, ó eléboro americano). La dieta debe ser simple, consistiendo mayormente de alimentos líquidos—leche, caldos, etc. Conviene favorecer la tranquilidad intestinal, y por tanto se prescribirán aquellos alimentos que exijan la eliminacion de poca cantidad de materias escrementicias. De este modo se disminuye el movimiento en la cavidad abdominal, y se asegura el reposo de la parte enferma. En manifestándose bastante abundante la secrecion moco-purulenta, deben usarse tres veces al dia irrigaciones vaginales copiosas y calientes de una infusion de salvado, linaza, almidon ó adormideras. A fin de emplear las inyecciones del modo mas conveniente, debe colocarse la enferma trasversalmente en la cama, en la posicion obstétrica francesa, es decir: de espaldas, y sobresaliendo las nalgas al borde de la cama resguardado con una cubierta de hule ó encerado, descansando cada uno de los piés sobre una silla. Colocada entónces entre los muslos una vasija grande que contenga de doce á diez y seis litros de la infusion, una enfermera introduce la cánula de una jeringa de Davidson, ú otra semejante, hasta el cuello del útero, y proyecta suavemente contra este un chorro continuo por espacio de un cuarto de hora. Se evitará practicar el exámen con el spéculum ó la sonda, y despues de establecido el diagnóstico, ni se permitirá la esploracion con el dedo, toda vez que no sea para llenar alguna indicacion especial. Se evitarán asimismo las inyecciones astringentes, y toda clase de aplicaciones vaginales; porque, siendo el útero el asiento de la enfermedad, sólo servirían para molestar á la enferma y agravar el mal. Las inyecciones calientes que van recomendadas obran como cataplasmas ó fomentos sobre la superficie interna de la pélvis, proporcionan el aseo de la vagina, y separan de esta una secrecion que, si no se la quitara, podría provocar la vaginitis. Este tratamiento debe continuarse hasta que se efectúe la curacion, ó que el espacio de tiempo trascurrido nos indique que ha pasado la enfermedad al estado crónico y requiere otro método curativo.

A los que están acostumbrados á acudir con sanguijuelas al cuello ó al periné, aplicar el nitrato de plata sólido al canal cervical, usar inyecciones vaginales de la disolucion de persulfato de hierro, y mantener la

[1] La tintura de *veratrum viride*, segun la farmacopea de los Estados Unidos, se prepara como sigue: Pónganse en un filtro 470 gramos de polvos de raíz de eléboro americano, apretándolos perfectamente, y humedeciéndolos primero con 118 gramos de alcohol, despues de lo cual se añade gradualmente hasta obtener 1 litro de la tintura. La dósis es de 3 á 5 gotas, aumentándola con mucha precaucion cuando sea necesario, y observando atentamente el efecto que produzca.—(N. DEL T.)

regularidad constante de las evacuaciones alvinas por medio de catárticos salinos, puede que nuestro método les parezca muy poco eficaz para inspirarles confianza. A semejantes incrédulos les diré únicamente que hagan el ensayo y comparen los efectos de ámbos sistemas de tratamiento, ántes de elegir una norma para su práctica en lo sucesivo. Si obtienen los mismos resultados que yo, ya sé cuál será su decision.

CAPÍTULO XIV.

ENDOMETRITIS CERVICAL CRÓNICA.

La flegmasía aguda de la matriz manifiesta una tendencia muy marcada á invadir todo el órgano, comprendiendo á la vez el cuello y el cuerpo ; al paso que la inflamacion crónica, presentando menor grado de intensidad, se circunscribe mas estrictamente á la mucosa, limitándose á la del cuerpo ó á la del cuello.

Definicion.—La endometritis crónica del cuello es una flegmasía crónica de la membrana mucosa, que se estiende desde el orificio esterno al interno, segun lo representan los puntos en la Fig. 66.

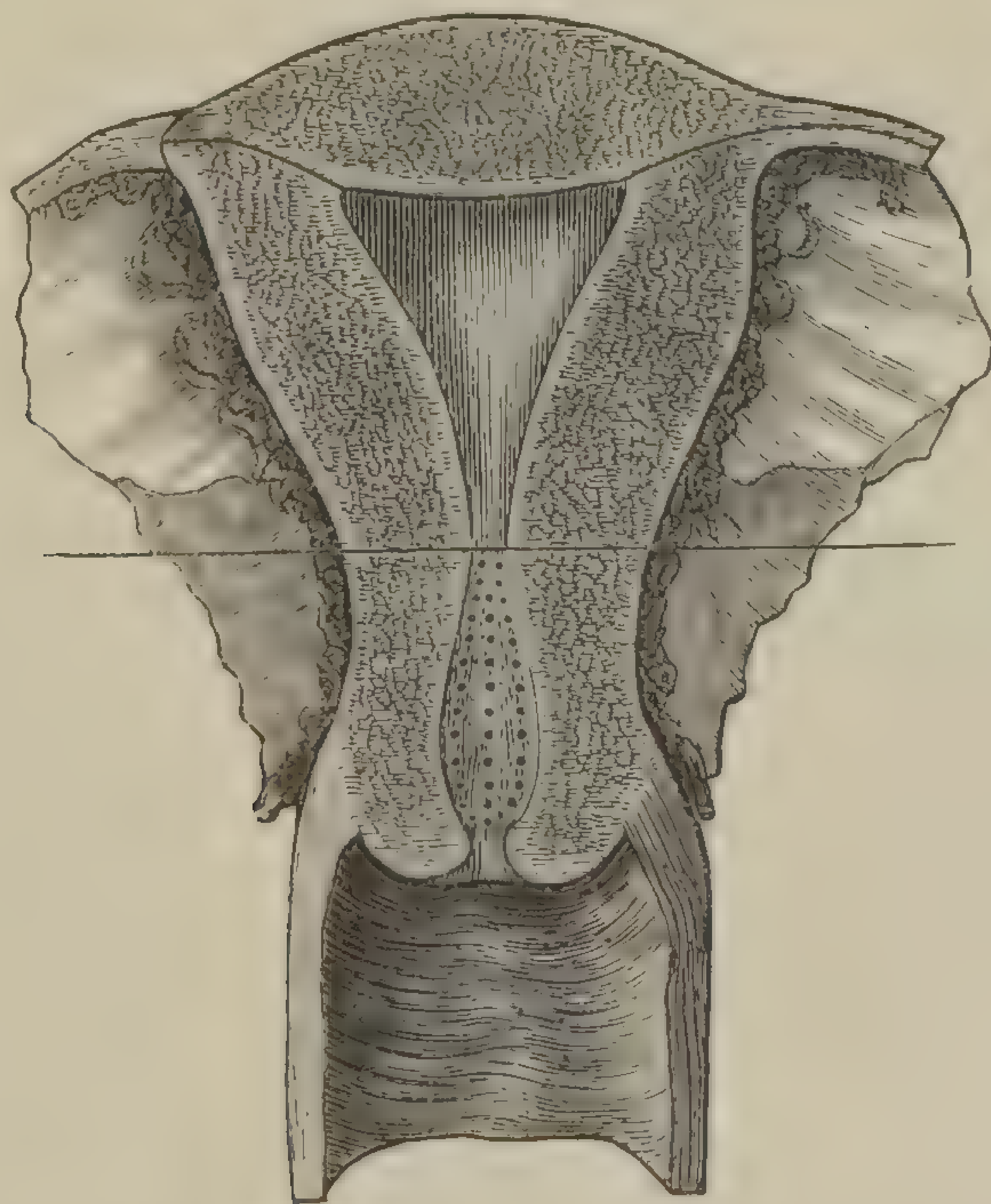


Fig. 66.—Los puntos señalan el asiento de la endometritis cervical crónica.

Frecuencia.—Esta es sin duda la mas frecuente de todas las enfermedades que afectan el sistema genital de la mujer ; y aunque no peligrosa por sí misma, puede, sin embargo, llegar á ser el punto de partida

de algunas de las afecciones uterinas mas graves y rebeldes. No es sorprendente que el cuello del útero sea con tanta frecuencia el sitio de enfermedades, hallándose, como se halla, tan espuesto á lastimaduras durante el cóito, rasgaduras durante el parto, y á la irritacion causada por el andar, montar á caballo y hacer esfuerzos para levantar objetos de mucho peso.

Sinónimos.—Esta afeccion ha sido descrita bajo los nombres de catarro cervical, leucorrea cervical, y *endo-cervicitis.*

Anatomía de la mucosa del cuello.—La cavidad del cuello uterino es un canal fusiforme de como pulgada y cuarto de largo, que se estiende desde el orificio interno hasta el esterno. En las paredes anterior y posterior se ve una rugosidad, de la cual parten hácia arriba y afuera unas ramas oblicuas dispuestas con regularidad, terminando en líneas apénas perceptibles en ámbos lados del canal. A esta disposicion de la membrana mucosa se ha dado el nombre de *árbol de vida.*

En los surcos de estas rugosidades se ven numerosas glándulas que algunos han descrito con la denominacion de *huevos de Naboth.*[1] El Dr. Tyler Smith[2] calcula que el cuello de un útero vírgen bien desarrollado, no contiene ménos de diez mil de estos folículos. La mucosa que forma dichas rugosidades está cubierta de un epitelio cilíndrico y ciliado, y sembrada de vellosidades, las cuales se presentan muy numerosas en las rugosidades mayores y otras partes de la túnica mucosa. (Fig. 67.)

M. Donné ha demostrado que la secrecion natural de las glándulas del cuello es alcalina, á la inversa de la de la vagina que es ácida.

Patología.—La endometritis del cuello consiste en una flegmasía de la estructura que hemos descrito, acompañada del cambio orgánico consecutivo á aquella. La accion morbosa interesa de una manera particular las glándulas mucosas, siendo así que la enfermedad consiste principalmente en una inflamacion glandular. La secrecion abundante de moco gleroso que constituye uno de sus síntomas, es el producto característico de estas glándulas; las que, examinadas en el cadáver con una buena lente de aumento, se observan agrandadas, elevadas y, segun Aran,[3] muy abiertos sus orificios. La degeneracion granulosa complica algunas veces este estado morboso. Las vellosidades, ó papilas, se enferman, especialmente las que se encuentran en la superficie vaginal del cuello. Al principio hay disminucion de la cantidad normal de epitelio, que produce una erosion poco considerable y muy superficial; y esta se hace mas manifiesta con el tiempo, á causa de la destruccion de las papilas mismas en mayor ó menor estension. Si este

[1] No están acordes los autores acerca de la naturaleza y funciones de estas glándulas. Algunos consideran los huevos de Naboth como idénticos á los folículos muciparos, y otros como glándulas en estado de oclusion dilatadas por la retencion de su secrecion.

[2] On Leucorrhœa, ed. americana, p. 38.

[3] Mal. de l'Utérus, p. 423.

trabajo destructor se propagase á los tejidos mas profundos, produciría una verdadera úlcera, y nadie hubiera negado nunca á semejante estado el nombre de ulceracion; pero no se verifica tal propagacion. Con el tiempo sobreviene una hipertrofia de las papilas, las que, aumentando de volúmen, se elevan á manera de cabellos sobre la superficie y dan al

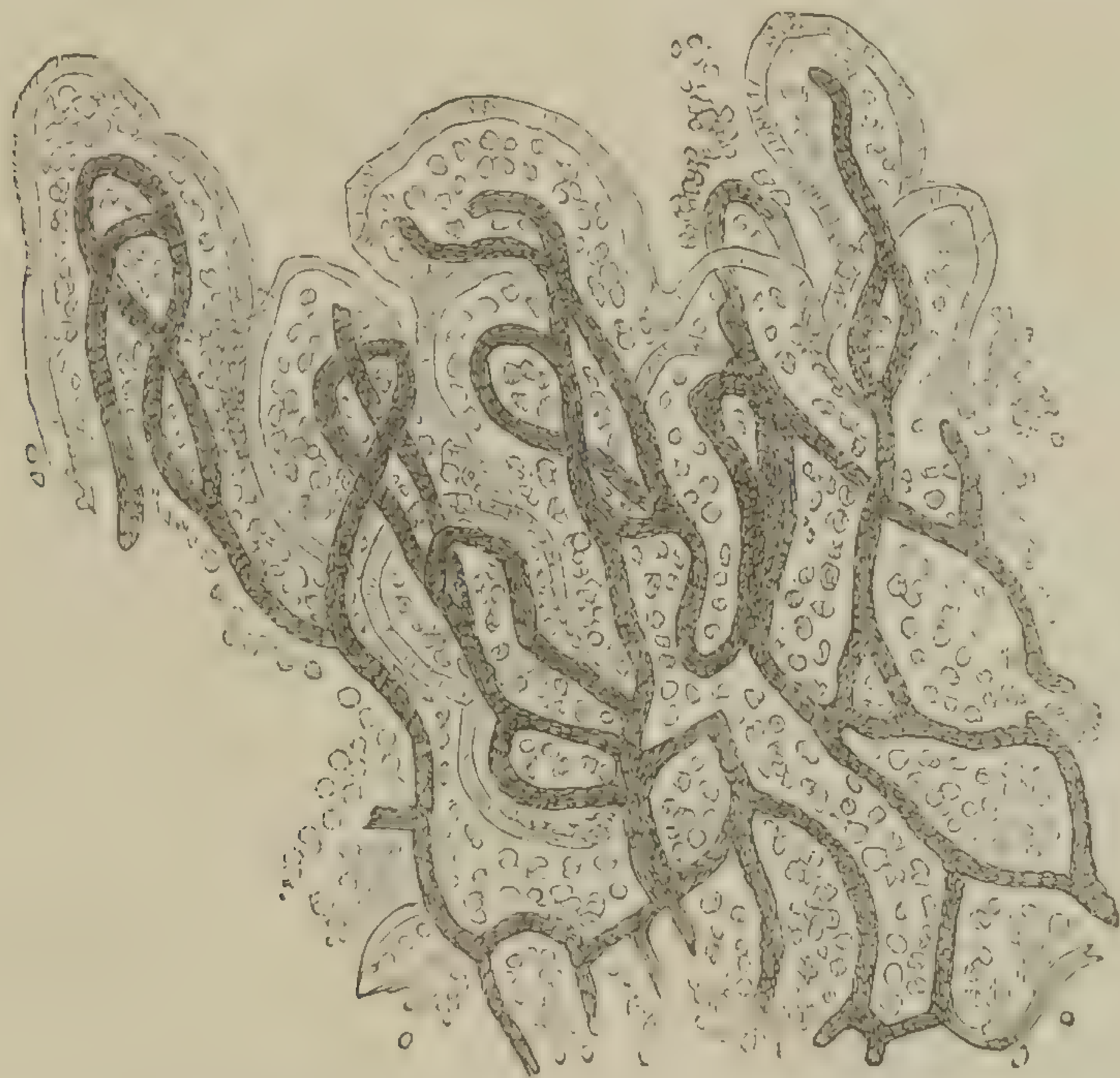


FIG. 67.—Papilas de la cavidad del cuello, cubiertas de epitelio cilíndrico, y conteniendo asas capilares. Cien diámetros. (Tyler Smith.)

cuello y al orificio de este el aspecto que ha motivado el nombre de degeneracion granulosa. Esta condicion afecta principalmente la porcion vaginal del cuello, aunque tambien puede propagarse por su cavidad.

Suele observarse, como complicacion de la endometritis del cuello, otro estado patológico, que consiste en la eversion, ó renversamiento, del hocico de tenca y de la parte inferior de su cavidad, en grado tal, que el roce con el suelo de la pélvis mantiene en estado de inflamacion la membrana así espuesta. Muchos casos se manifiestan muy rebeldes por motivo de esta complicacion.

La mucosa enferma segrega con gran actividad y abundancia un moco espeso y tenaz, cargado de epitelio, y á veces teñido de sangre.

Causas predisponentes.—Importa estudiar la etiología de esta afeccion bajo el doble punto de vista de las causas predisponentes y las escitantes. Las de la primera categoría son :—

Debilidad natural de la constitucion ;
La existencia de una caquexia, como la tuberculosa ó la escrofulosa ;
Empobrecimiento de la sangre ocasionado por la clorosis ó por otra causa ;

Depresion de ánimo prolongada;
Insuficiencia de alimentos;
Lactancia escesiva;
Partos frecuentes;
Subinvolucion;
Modo de vestir que comprima el útero;
Falta de aire puro y de ejercicio.

Estas causas, ó ejercen un efecto nocivo sobre el sistema nervioso, perturbando por tanto la circulacion y nutricion de la mucosa cervical; ó, alterando directamente los vasos y los nervios de la matriz, la predispone al establecimiento de un estado morboso, por alguna causa que, en una mujer perfectamente sana, no tendría consecuencia.

Podría con razon preguntarse por qué dichas influencias han de producir con especialidad esta enfermedad. Yo respondería que no hay tal especialidad. Algunas veces determinan la pneumonía crónica, otras la blefaritis granulosa, otras la faringitis foliculosa, y por último la endometritis cervical crónica.

Causas escitantes.—Las principales son:—

Dislocaciones de la matriz;
Cóito escesivo;
Pesarios intra-uterinos;
Endometritis puerperal;
Endometritis aguda no puerperal;
Influencia del frio ó del cansancio sobre un útero en estado de subinvolucion;
Esfuerzos para provocar el aborto ó impedir la concepcion;
Vaginitis, simple ó específica;
Dismenorrea por obstruccion;
Pólipos del cuello;
Rasgaduras del cuello.

Podrían enumerarse otras muchas causas; pero estas bastan para demostrar cuáles son las influencias escitantes de la enfermedad. Muchas de las mencionadas no serían capaces de producirla, sin la alteracion constitucional que ha preparado al útero para su desarrollo. Todo método curativo que se emplee para esta afeccion y no tienda á combatir sus causas predisponentes, será ineficaz ó fútil en muchos casos en que podría obtenerse la curacion, con tal de tenerse en cuenta la importancia de aquellas. Aunque no dejo de apreciar altamente el verdadero valor del tratamiento local en las afecciones de la matriz, si para la cura de esta enfermedad me viese obligado á elegir entre los dos métodos—el local y el general—no vacilo en decir que preferiría infinitamente el último. Estoy seguro de que el cambio de la ciudad al campo, el uso de los tónicos minerales y vegetales, la abun-

dancia de alimentos sanos y nutritivos, la regularidad, los encantos de una sociedad agradable y divertida, y el ejercicio sistemático al aire libre, serán incomparablemente mas provechosos para la enferma que su visita semanal á la oficina del médico y la aplicacion del mejor tratamiento local que la ciencia pueda proporcionar. Pero mejor que uno ú otro de estos métodos sería una combinacion sábia de los dos. Deben darse la mano. Mi deseo es tan sólo dar valor al hecho de que, en la afeccion que nos ocupa, el tratamiento general es el mas importante de los dos, como lo es tambien en otras muchas que estudiaremos mas adelante.

Síntomas.—La endometritis cervical puede existir largo tiempo sin presentar síntoma alguno de bastante gravedad para fijar la atencion de la enferma. Muchas veces una leucorrea, que suele ser abundante, deja de despertar sus sospechas; y no pocas, despues de recibir una respuesta negativa á la pregunta de si existe la leucorrea, el médico descubre, mediante el spéculum, una buena cantidad de dicha secrecion en la vagina. En la gran mayoría de los casos, la enfermedad no tardará en manifestarse por algunos ó por todos los síntomas siguientes. El primero será probablemente una sensacion de tirantez en la pélvis. Vendrán en breve los dolores lumbares, los cuales se exasperan notablemente por el ejercicio y los esfuerzos musculares. Nótase despues una leucorrea mas ó ménos abundante, asemejándose el derrame al almidon cocido ó al agua gomosa espesa, y siendo á veces tan irritante que determina una inflamacion de la vulva y la vagina. Es posible que en seguida se presenten las perturbaciones menstruales; siendo las reglas ó mas ó ménos copiosas que lo normal, ó demasiado frecuentes ó demasiado raras, y hasta cierto punto dolorosas; y existiendo algunas (aunque no muchas) veces una verdadera dismenorrea.

Poco despues de haberse desarrollado la enfermedad, la constitucion suele dar muestras de interesarse. Pónese la enferma nerviosa, irascible, triste, y frecuentemente histérica; pierde el apetito, y digiere mal; y no tarda en observarse el empobrecimiento de la sangre debido á la falta de nutricion. Fácil es que continúen por algun tiempo todos estos síntomas, ó algunos de ellos, sin que vengan á agregárseles otros mas molestos ó de carácter mas grave. Hay, con todo, ciertas complicaciones sobremanera incómodas que pueden desarrollarse rápidamente, tales como la cistitis, la hiperplasia del cuello, y la vaginitis. Un dolor escitado por el acto sexual constituye á veces un síntoma culminante de la enfermedad cervical, aunque proviene mas bien de la hiperplasia del cuello que de la endometritis, por cuanto aquella ha sobrevenido como complicacion de esta. Preséntanse como síntomas, en ciertos casos, náuseas y hasta vómitos que, obrando de consuno con las perturbaciones digestivas antedichas, coartan la nutricion de la enferma.

Aunque los síntomas que van indicados son suficientes para des-

vanecer toda duda acerca de la presencia de la afeccion uterina, en modo alguno ofrecen datos bastante positivos para esclarecer el diagnóstico cual corresponde, lo que sólo se consigue mediante la esploracion física.

Signos físicos.—Colocada de espaldas la enferma, un dedo introducido en la vagina encontrará probablemente el orificio esterno en su posicion normal, ya que, no habiéndose interesado el tejido conjuntivo del útero, ningun aumento de peso ha esperimentado este órgano. Tal vez se hallará algun tanto dilatado el útero, y algo edematosos sus bordes ; ó podrá presentarse áspero al tacto, por motivo de la degeneracion granulosa, aunque no es raro observar una endometritis cervical violenta sin la menor dilatacion del orificio y sin huella alguna de erosion ni degeneracion granulosa. Si con el dedo introducido debajo del cuello, se levanta este último, la enferma se quejará de un dolor poco intenso, el cual se hará sentir principalmente hácia el orificio interno. No siendo posible obtener mas datos positivos por medio del tacto, se debe recurrir al spéculum ; con cuya ayuda se verá el orificio esterno en el estado que hemos descrito, y saliendo por él una estría larga de moco tenaz y consistente, parecido á la clara de huevo, y de una viscosidad y resistencia tan difíciles de vencer, que aunque se la enrede en las fibras de una pelotilla de algodon en rama, asegurada en uno de los estremos de un trozo de ballena, no se logrará separarla del canal. En balde se proyectará sobre ella con cierta fuerza un chorro de agua ; no se conseguirá desprenderla sin repetidos ensayos de este ó de otros medios. En general el cuello está algo aumentado de volúmen, y sus tejidos tumefactos y edematosos ó de un color rojo encendido, como si se hallasen en estado de degeneracion granulosa, aunque la verdadera causa de esto es el desprendimiento de la túnica epitelial y la hipertrofia de las vellosidades, segun se comprueba mediante un exámen atento. Al observar estos signos, el ginecólogo poco esperimentado pierde todo cuidado por hallarse ya esclarecido el diagnóstico. Puede, sin embargo, presentársele otro estado de cosas que deje lugar á dudas. Desprendido el tapon de moco que obstruía el canal, puede no descubrirse indicio alguno de enfermedad : conserva el orificio su diámetro normal, no presenta su tejido rubicundez ni degeneracion, en una palabra no se observa ningun fenómeno patológico que esplique los dolores lumbares, irritacion nerviosa, falta de nutricion y leucorrea abundante que habían decidido al médico á recomendar con instancia la esploracion. Trátase simplemente de una endometritis del cuello, que afecta las glándulas del canal sin haber producido la degeneracion granulosa.

Muchas veces es difícil en sumo grado, y no pocas aun imposible, determinar si la endometritis se halla limitada á la mucosa del cuello ó se ha propagado á la cavidad del cuerpo. En el primer caso, suele notarse que sólo el cuello se presenta tumefacto y sensible al tacto, á

la palpacion y el tacto combinados, y á la sonda, miéntras que en el segundo, los mismos signos en el cuerpo manifiestan que tambien los tejidos de este último se hallan interesados por la accion morbosa. Además, el flujo producido en el primer caso es mas espeso, tenaz y difícil de separar que el del segundo; y por último, los síntomas constitucionales que acompañan á la endometritis general, revisten un carácter mas grave que los que caracterizan la del cuello.

Curso, duracion, y terminacion.—Carece de límites fijos la duracion de la endometritis, y por lo tanto depende de las circunstancias que tiendan á favorecer ó á poner término á la marcha de la afeccion; siendo inconcuso que esta puede curarse sin la intervencion del arte. Toda influencia alterante que revolucione hondamente el organismo—el parto, por ejemplo, un cambio radical en el modo de vivir, ú otro por el estilo,—basta á veces para determinar la curacion. Me atrevo, sin embargo, á afirmar, que esta enfermedad, abandonada á sí misma, se trasformará las mas veces en hiperplasia del cuello, siguiendo probablemente en pos la dislocacion y el numeroso cortejo de achaques que acibaran la vida de las mujeres afectadas de lesiones uterinas.

Pronóstico.—Depende este del grado mayor ó menor de la afeccion glandular que acompañe á la enfermedad. Caso de que sea poco abundante y poco viscoso el moco que caracteriza á la flegmasía de las glándulas, será favorable el pronóstico, sea cual fuere la estension de la degeneracion granulosa; y de lo contrario, por poco notable que sea la afeccion granulosa, si se viere colgando del orificio del cuello un moco abundante, viscoso y resistente, será el pronóstico incierto y tal vez de la mayor gravedad, á ménos que se empleen medios radicales de gran energía. La esperiencia de todo práctico le enseñará que para la curacion de los casos graves, ó se ha visto en la precision de recurrir á la destruccion completa de las glándulas afectas, ó, desalentadas por su mal éxito, las enfermas le han abandonado para consultar á otro médico. Escusado es advertir que, al hablar así, sólo me refiero á los casos muy graves en que se hallan profundamente interesadas las glándulas; en cuanto á estos, seguro estoy de que la esperiencia de los demas concordará con la mia.

Aun cuando se trate de casos de poca gravedad, debemos ser muy cautos al señalar época para la curacion; pues muy bien pueden trascurrir cuatro ó seis meses ántes de obtenerse la curacion radical del caso mas leve, si hace ya algun tiempo que se desarrolló la enfermedad; y aun alcanzado el búen éxito, hay tendencias á la recidiva, á ménos que se tomen medidas preventivas y se apliquen puntualmente.

Tratamiento.—Los esfuerzos del médico tendrán por objeto producir una influencia alterante en la membrana mucosa, sitio de la inflamacion crónica, y evitar toda causa que pueda determinar su propagacion á los tejidos inmediatos. Los medios mas propios para el logro de ámbos fines son los siguientes:—

Régimen general;
Tópicos emolientes;
Tópicos alterantes;
Ablacion ó destruccion de las glándulas enfermas.

Régimen general.—Sir Charles Clarke ha dicho que "lo primero que debe hacer el médico es suprimir, si es posible, la causa de la enfermedad. . . . Las mujeres que viven en una atmósfera húmeda, se acuestan muy tarde, pasan gran parte del tiempo en cama ó habitan aposentos calientes, (siendo generalmente débiles, y teniendo relajada la vagina,) son propensas á esta enfermedad." Deben modificarse estas circunstancias desfavorables, y si se descubre alguna influencia debilitante, como la lactancia, algun flujo habitual, ó motivo de ansiedad, se la suprimirá, sometiendo á la enferma (á ménos que sea de constitucion muy pletórica) al uso de los tónicos vegetales, los ácidos minerales, y los preparados de hierro. Las funciones del canal digestivo se vigilarán constantemente; la dieta será bastante nutritiva, pero nada estimulante, evitándose las especias y los condimentos picantes. No debe seguirse ningun sistema de dieta rigorosa, por cuanto la enfermedad tiende á producir el empobrecimiento de la sangre, lo cual conviene combatir. La enferma, si no hay ninguna contraindicacion especial, saldrá todos los dias á pasear, bien en coche ó á pié, permaneciendo fuera tanto tiempo como lo permitan las circunstancias particulares de cada caso. Caso de no ser posible esto, por algun motivo, la enferma se abrigará bien, y dejando abiertas las puertas y ventanas de su aposento durante dos ó tres horas al dia, permitirá la libre circulacion del aire, aun en invierno. Este sistema, sugerido por el Profesor Byford, de Chicago, da escelentes resultados. Debe regularizarse el vientre por medio de los laxantes salinos, y mantenerse la piel en buen estado á favor de baños de cuando en cuando. Es de evitarse el producir un efecto catártico tan escesivo que minore las fuerzas, y por lo tanto puede combinarse ventajosamente con el catártico el tónico ferruginoso de la fórmula siguiente:—

℞.	Sulfato de magnesia,	℥ ij,	=	60 gramos.
	Sulfato de hierro,	gr. xvj,	=	1 gramo.
	Acido sulfúrico diluido,	ʒ j,	=	4 gramos.
	Agua,	Oj,	=	1 litro.

Mézclese.—Para tomar dos cucharadas grandes, en un vaso de agua con hielo, por la mañana al levantarse.

No hay inconveniente en que se repita dos, ó hasta tres, veces al dia, pues el efecto que produce es tónico y reparador, no ménos que catártico.

Si hay gran perturbacion del sistema nervioso, se administrará el bromuro de potasio á dósis de 3 á 6 decíg. tres veces al dia.

Llegan frecuentemente á tal grado la falta de apetito y la mala digestion que se hace necesario combatir con solicitud el grupo de síntomas conocido con el nombre de dispepsia. La simpatía entre el estómago y el útero impide que el primero ejerza sus funciones con vigor; y el jugo gástrico ó falta por completo ó se halla alterado en términos que muchas veces se verifica la fermentacion en vez de la digestion de los alimentos. Para tales casos recomiendo el siguiente digestivo, en que se combinan las propiedades tónicas de la nuez vómica, y el efecto alterante característico del bismuto, y un líquido semejante al jugo gástrico. Lo he empleado con el mejor éxito en numerosos casos en que se padecían frecuentes indigestiones.

℞. Cuajar lavado y picado, No. 1.
Vino de Jerez, ½ litro.

Hágase macerar por 12 dias, en seguida decántese, fíltrese, y añádase

Acido nitro-muriático dilatado,[1]	ʒ ij		8 gramos.
Tintura de nuez vómica,	ʒ ij	=	8 "
Subnitrato de bismuto,	ʒ ij		8 "

Para tomar una cucharada en agua ántes de cada comida.

Tópicos emolientes.—Deben aplicarse al cuello, por la mañana y por la noche, irrigaciones de agua caliente, ejecutando esta operacion por alguno de los métodos que hemos descrito en otro lugar. No hay inconveniente en que se añada al agua cloruro de sodio, glicerina, almidon cocido, una infusion de linaza ó de corteza de olmo (*ulmus americana*), ó la tintura de opio. Es menester verificar las irrigaciones de modo que puedan continuarse de diez á quince minutos sin cansar á la enferma ni causarle molestia alguna. Habiendo descrito detenidamente en otras partes de la presente obra los métodos para estas irrigaciones, no hay para qué repetirlos.

En muchos casos poco graves, con tal de no haberse presentado la degeneracion granulosa ó la hiperplasia, si se emplea puntualmente el referido tratamiento general y las inyecciones emolientes, cesarán del todo las quejas de la enferma, y la afeccion marchará gradualmente á la curacion. Caso de no obtenerse este resultado, ó si al primer exámen se descubre que la accion morbosa interesa profundamente las glándulas del cuello, será preciso recurrir al tratamiento local, á favor de aplicaciones á la superficie enferma, que se harán con ayuda del spéculum.

Los casos en que la mucosa cervical se presenta en estado de degeneracion granulosa, al paso que las glándulas mucíparas solo están afec-

[1] El ácido nitro-muriático diluido, de la farmacopea de los Estados Unidos, se prepara mezclando en un frasco, herméticamente cerrado, 45.0 de ácido azóico y 75.0 de ácido clorhídrico. Al cabo de 24 horas, durante las cuales se habrá agitado varias veces el líquido, se añade agua destilada, en cantidad suficiente para formar una disolucion de 500.0. El líquido se guarda en lugar fresco, protegiéndolo contra la luz. Dósis: de 10 á 15 gotas, en agua.—(Nota del Traductor.)

tadas muy ligeramente, son casi tan fáciles de curar como aquellos en que la enfermedad granulosa existe en la superficie vaginal del cuello. Pero hablaremos de esta clase de casos al tratar de la *Degeneracion granulosa del cuello*, pues no corresponde estudiarlos simultáneamente con la enfermedad de las glándulas, que reviste un carácter mas rebelde. Para mayor claridad, diremos que la endometritis cervical consiste en una flegmasía glandular, que se complica á veces de degeneracion granulosa; y como en ciertos casos la alteracion de las glándulas es apénas notable, miéntras que lo es en alto grado la de las papilas del canal, aquellos pertenecen mas bien al capítulo de la *Degeneracion granulosa*, á que vendremos luego, que al de la verdadera endometritis.

Tópicos alterantes.—Es de advertir que la endometritis cervical es tanto mas difícil de curar cuanto mas dilatado está el orificio esterno de la cavidad en que tiene asiento; por cuya razon, cuando se observa que la enfermedad no cede bajo la influencia del tiempo, ni de las medidas simples que hemos indicado para los casos ordinarios, conviene, ántes que se recurra á otras mas enérgicas, efectuar la dilatacion del orificio. Si no lo verifica así el médico, y se contenta con la aplicacion del nitrato de plata, el yodo, barritas de zinc, alumbre, hierro, etc., una ó dos veces por semana, por el orificio contraido, ningun resultado bueno ha de obtener; ántes bien, al cabo de meses, ó tal vez años, descubrirá, segun haya empleado medios suaves ó heróicos, que los unos han sido ineficaces para estorbar el curso de la enfermedad, ó que los otros han aumentado la contraccion del orificio, dificultando la menstruacion y haciéndola dolorosa.

Hé aquí el modo mejor y mas simple para vencer la dificultad. Incindidas con tijeras las fibras esternas del orificio, hasta la profundidad de un cuarto de pulgada, se toca las superficies cruentas con el nitrato de plata ó con una disolucion de persulfato de hierro, á fin de impedir se reunan, y se mantienen en el canal durante una semana tapones de hilas ó de algodon en rama empapados en algun cuerpo graso. Este procedimiento no causa dolor ni peligro, y es eficaz; pero en el caso de haber inconveniente en que se practique, puede lograrse el mismo resultado, si bien ménos perfectamente, por medio de la dilatacion repetida á favor de sondas metálicas, ó de dilatadores de esponja ó de laminaria. Los dilatadores que aumentan el calibre del orificio esterno, sin penetrar mas allá del interno, ofrecen relativamente ménos peligro que los que invaden la cavidad del cuerpo. Una vez dilatado el *os externum* por uno de estos métodos, (el primero, siempre que sea posible,) á fin de dar libre salida á la secrecion de las glándulas mucíparas, es preciso limpiar perfectamente el canal. Esto debe efectuarse de una manera metódica, ó de lo contrario el moco espeso y resistente cubriría por completo las glándulas enfermas, neutralizando el efecto de los agentes químicos ántes que pudieran ponerse en contacto con ellas. La jeringa de la Fig. 68, es el instru-

mento mas eficaz para arrancar esta acumulacion de moco. Es una jeringa de goma dura, de dos pulgadas de circunferencia ; contiene como 3 centílitros ; y para servirse de ella, se la toma por el cuello con el índice y el dedo mayor, miéntras que el pulgar hace funcionar el émbolo. A la punta del cañoncito se adapta un trozo de tubo de goma flexible, cuya estremidad libre (que debe ser como de media pulgada) penetra sin dificultad por el cuello hasta el orificio interno. Una vez introducida, se tira con fuerza del émbolo, y el instrumento aspira toda la mucosidad, dejando enteramente limpio el canal.

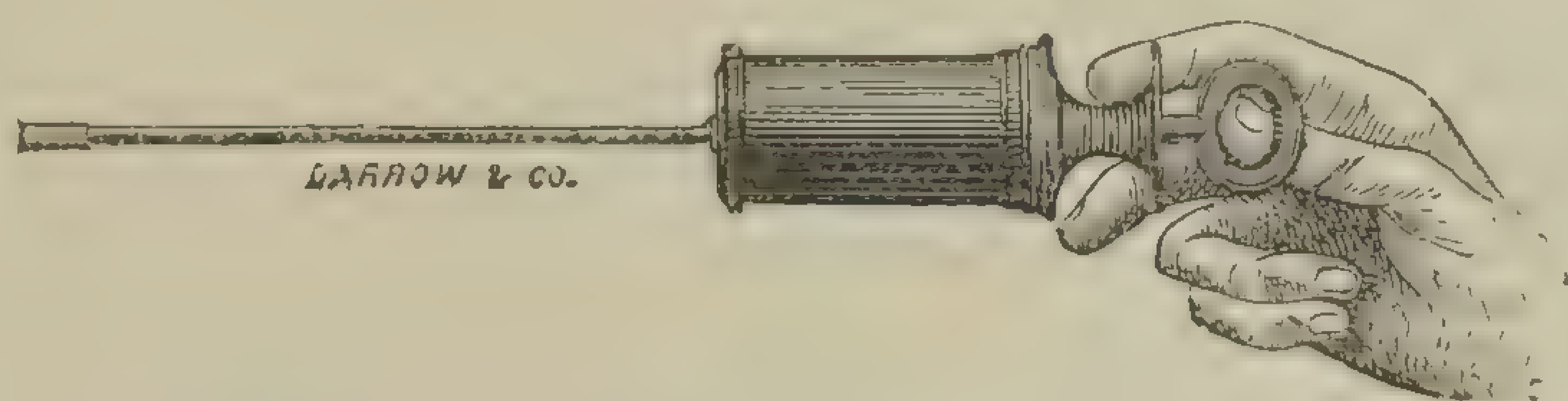


Fig. 68.—Jeringa para estraer el moco de la cavidad del cuello.

Si la secrecion que cubre el orificio es purulenta ó parecida al almidon cocido, sin ser tenaz, arrójase primero con la misma jeringa un chorro de agua contra el *os tincæ*, y acto continuo se estrae el líquido todo á favor de la fuerza aspirante del instrumento. Puede obtenerse igual resultado por medio de un pedazo de algodon en rama arrollado en la punta de una varilla de ballena, madera, ú otra sustancia por el estilo, de ocho pulgadas de largo, del grueso de un tubo de cachimba, y algo mas delgada en uno de sus estremos que en el otro. Caso de no bastar el primer pedazo de algodon, es fácil quitarlo y reemplazarlo con otro, á ménos de tenerse preparado de antemano cierto número de dichas varillas.



Fig. 69.—Varilla de ocho ó nueve pulgadas de largo, con el algodon en su punta.

Cuando ocupa la cavidad el cilindro característico de moco tenaz, sólo puede quitársele ó por medio de la fuerza aspirante de la jeringa, ó con un pedazo de esponja seca, del tamaño de una frambuesa, sujetado en un porta-esponja de mango largo, ó por unas pinzas tambien largas. Introdúcese la esponja en el canal y se le imprime un movimiento de rotacion, á fin de que se enrede en ella el moco espeso. La esponja en seguida se desecha, pues con la repeticion de su uso, podria comunicarse la enfermedad de una mujer á otra ; por cuya razon conviene estar siempre provisto de un buen número de esponjas de esta especie, á fin de no tener que servirse nunca de un mismo pedazo para mas de una enferma. Despues de haberse limpiado la cavidad, por uno ú otro de estos métodos, se espone la membrana mucosa, y pueden hacerse aplicaciones á su superficie con alguna probabilidad de que se pongan en

contacto con las glándulas enfermas, situadas en los surcos formados por el torbellino de ramificaciones del árbol de vida. Yo me inclino á creer que la falta de éxito en la cura de esta enfermedad se explica muchas veces por la omision de estraer metódicamente el moco; por cuya razon he insistido con nimia prolijidad sobre un asunto al parecer de poca importancia.

Es un hecho generalmente admitido en todos los ramos de la terapéutica, que ciertos escaróticos mas ó ménos activos tienen la propiedad, cuando se los aplica á las superficies mucosas inflamadas, de modificar de tal modo la accion morbosa, que disminuyen su intensidad, y con el tiempo estorban su curso. Háse aprovechado este principio para el tratamiento de las inflamaciones crónicas de las fauces, de la uretra, de la vejiga, y de otras superficies mucosas, pudiendo igualmente aplicarse á la parte en que nos ocupamos. Las sustancias escaróticas alterantes pueden aplicarse á la cavidad del cuello uterino de las maneras siguientes: en estado líquido, estendiéndolas sobre la mucosa del canal con un pincel ó con pincelitos de hilas empapados en las disoluciones; en estado sólido, tocando con ellas todas las partes de la region enferma; ó dejándolas permanecer, por un tiempo cuya duracion varía segun los casos, en contacto con las paredes de la cavidad, ya en estado sólido, ó bien en el líquido, por medio de algodon empapado en las disoluciones.

Si se trata de un caso reciente, y no muy grave, debe barnizarse perfectamente la cavidad cervical con la tintura de yodo compuesta, una disolucion fuerte de nitrato de plata, glicerina saturada de tanino, ó una disolucion saturada de sulfato de zinc ó de cobre. Ejecútase esto con un pincel de cerdas, que es muy preferible á los de marta, etc.; ó con un poco de algodon en rama torcido en un estilete delgado de plata ó de ballena, y empapado en el líquido. Sirve tambien admirablemente para dicho objeto el estilete de plata de Emmet, ó el elástico de Budd.



FIG. 70.—Estilete elástico de Budd.

Si se prefiere usar un cáustico sólido, el nitrato de plata ofrece grandes ventajas, aunque esta sustancia se aplica por lo general de un modo ineficaz; pues es de todo punto imposible lograr el resultado apetecido introduciendo en el hocico de tenca una barrita recta de piedra infernal, fija en un cañon de pluma, ó á favor de unas pinzas. Es verdad que puede cauterizar (y probablemente con mas energía de la que se desea) la parte inferior de la cavidad, en una estension de un cuarto ó media pulgada; pero ¿cómo será posible que penetre una pulgada y cuarto y se ponga en contacto con todas las partes de la superficie inflamada, superficie notablemente desigual y rugosa? Hace muchos años que Sir Benjamin Brodie recomendó, para la cauterizacion de tra-

yectos sinuosos, que se fundiese el nitrato de plata y se le dejase enfriar sobre el boton de una tienta; y Chassaignac, de Paris, aplicó este caterético al útero, barnizando con él alambres de platino. El Dr. F. D. Lente, de Cold Springs, N. Y., ha hecho últimamente numerosos esperimentos sobre esta materia, y como resultado de sus investigaciones, ha conferido á la facultad el método mejor y mas eficaz que poseemos para la aplicacion del nitrato de plata sólido á la mucosa uterina. Hánse propuesto y empleado otros métodos, tales como el uso del porta-cáustico de Lallemand; el dejar en la cavidad uterina una bolilla de nitrato de plata para que se disuelva; introducir un pedazo pequeño resguardado por un cestillo de alambre finísimo, etc.; pero ninguno merece compararse con el método de Lente, que se practica así:—Caliéntase una tienta semejante á la tienta uterina comun, y se la sumerge en una tacilla de platino que contiene nitrato de plata fundido á la lámpara de espíritu de vino; sácase luego y agitándola durante algunos segundos al aire, se nota que la punta está cubierta de una delgada capa de nitrato, á la cual se agregan otras, reiterando la sumersion y el enfriamiento, hasta formar una pelotilla bastante grande.

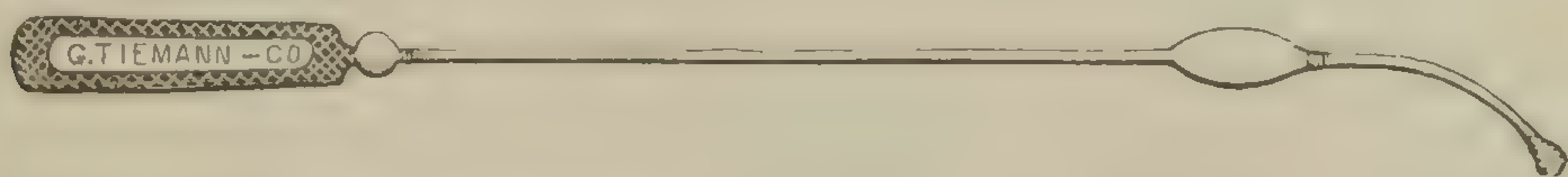


Fig. 71.—Tienta de plata, de Lente, para cauterizar.



Fig. 72.—Tacilla de Lente para fundir el nitrato de plata.

Estraido todo el moco del canal, y averiguada la direccion de este último á favor de la tienta uterina comun, introdúcese la de Lente, poniéndola en contacto con todas las partes de la mucosa, y no retirándola sino despues de haberla dirigido con el mayor cuidado posible por entre los surcos de la cavidad.

Hecha la aplicacion, se lanza contra el cuello un chorro de agua, y despues se coloca en contacto con aquel una planchuela de algodon empapada en glicerina, á la que se ata un hilo para que la enferma pueda estraerla al cabo de doce horas.

Tambien puede cauterizarse perfectamente el canal, á beneficio de las barritas de sulfato de cobre, de hierro, de zinc de Braxton Hicks, ó de alumbre fundido en un molde del calibre y longitud del conducto. Las que he visto son importadas de Lóndres. Se introducen en la cavidad cervical y se mantienen en posicion por medio de un rollo de algodon. Las de zinc no causan dolor y pueden permanecer hasta que se disuelvan; pero á las de hierro, de alumbre, y de cobre, debe atarse un hilo para que pueda estraerlas la enferma en cuanto causen incomodidad.

Pueden introducirse y dejarse en la cavidad del cuello supositorios

compuestos de sustancias alterantes con manteca de cacao, añadiéndoseles el zinc, cobre, hierro, plomo ó bismuto, con el opio, cicuta ó beleño.

El Dr. Sims ha inventado un instrumento, (Fig. 73,) que consiste en un estilete de plata cubierto en casi toda su longitud por un tubo corredizo, por medio del cual puede colocarse en el canal un lechino de algodon en rama empapado en una disolucion medicamentosa.

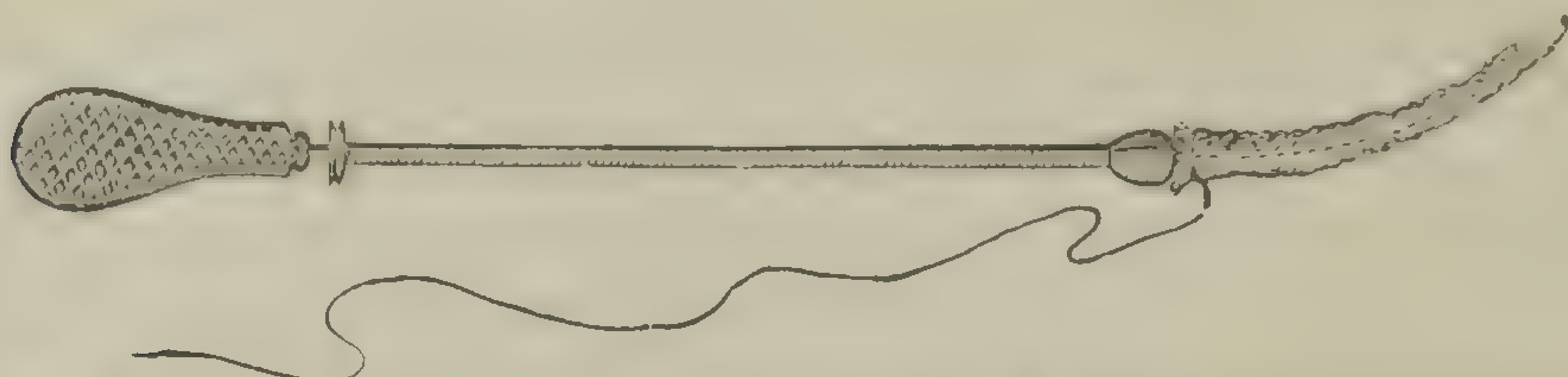


Fig. 73.—Estilete de plata, con el lechino provisto de un hilo para su estraccion.

Al estremo libre del estilete, que es como de dos pulgadas, se arrolla el algodon, que empapado en la disolucion elegida, se introduce en la cavidad del cuello hasta adaptarse en el orificio interno. Manteniendo entónces inmóvil el tubo corredizo, se retira el estilete, con lo cual queda aprisionado el lechino en el conducto. Al cabo de doce horas la enferma saca el lechino á favor del hilo que le está atado.

Destruccion y ablacion de las glándulas enfermas.—Todo ginecólogo debe tener la enojosa esperiencia de que se presentan á veces casos de esta afeccion que se manifiestan rebeldes á todos y cada uno de los métodos hasta aquí indicados. No quiero hablar de la enfermedad granulosa, sino de una flegmasía exasperada de los folículos mucíparos. Son estos los casos en que se observa colgando del hocico de tenca un tapon largo de moco gleroso y estremadamente tenaz (*tapon gelatinoso*), que á menudo es imposible desprender por completo. Durante meses, ponen á prueba el talento y la perseverancia del médico, y despues de haber hecho este todos sus esfuerzos, ofrecen un carácter no ménos grave que al principio. En estas circunstancias el único recurso que queda es el de establecer, como se verifica en tantos otros casos en cirujía, la indicacion de destruir ó estirpar el asiento de una enfermedad incurable. Para ello han empleado algunos la potasa cáustica y el cauterio actual; pero yo tengo por sumamente inoportuno el uso de estos, atendida la notable contraccion cicatricial que producen. El Dr. John Byrne, segun me ha manifestado, se vale del gálvano-cauterio, introduciendo hasta el orificio interno el cilindro, ó mango, de uno de los electrodos, que se adapta exactamente en el canal, y calentándolo al blanco por medio de la corriente. Ningun conocimiento personal tengo de este sistema.

Uno de los agentes químicos mejores para la destruccion de las glándulas es el ácido nítrico humeante. Hecha cuidadosamente, á favor de un pedacito de algodon en rama arrollado en una tienta, su aplicacion á la cavidad perfectamente limpia, se arroja mediante la

jeringa un chorro de agua sobre el cuello, colocando luego en contacto con este un rollito de algodon empapado en glicerina. En desprendiéndose, á los diez ó quince dias, la escara de la mucosa cervical, se barniza la superficie dos veces por semana con una disolucion de nitrato de plata (1 gramo, en 30 de agua).

Otro cáustico bueno y bastante eficaz, es la disolucion de ácido crómico, si bien no es ni con mucho tan activo como el ácido nítrico.

Estos son los únicos agentes que me parecen recomendables para el propósito. El nitrato de plata no es bastante activo ; y son demasiado violentos los efectos destructores de la potasa cáustica y el cauterio actual.

Acerca de dichos casos el Dr. West[1] se espresa en estos términos : "Soy de parecer, sin embargo, que en los casos mas rebeldes puede ofrecer ventaja el método sugerido por M. Huguier, y el cual conozco poco, á pesar de haberlo empleado con buen éxito en dos ó tres ocasiones. Dicho médico acostumbra escarificar el interior del canal, con un bisturí abotonado de hoja angosta y curva, ántes de aplicar el cáustico, á fin de poner á descubierto los folículos profundos, que de otra manera escaparían á su accion; y afirma, que repitiendo dos ó tres veces este procedimiento, del cual nunca ha visto resultar inconveniente alguno, ha podido obtener la curacion de casos en que se habían empleado en vano todos los demas métodos curativos."

En mas de uno de estos casos muy rebeldes he practicado, para la estirpacion de las glándulas, un procedimiento quirúrgico que jamas ha dado lugar á contraccion ni inflamacion.

Consiste aquel en arrancar el árbol de vida y las glándulas mucosas, desde el orificio interno al esterno, á favor de la cuchareta cortante de

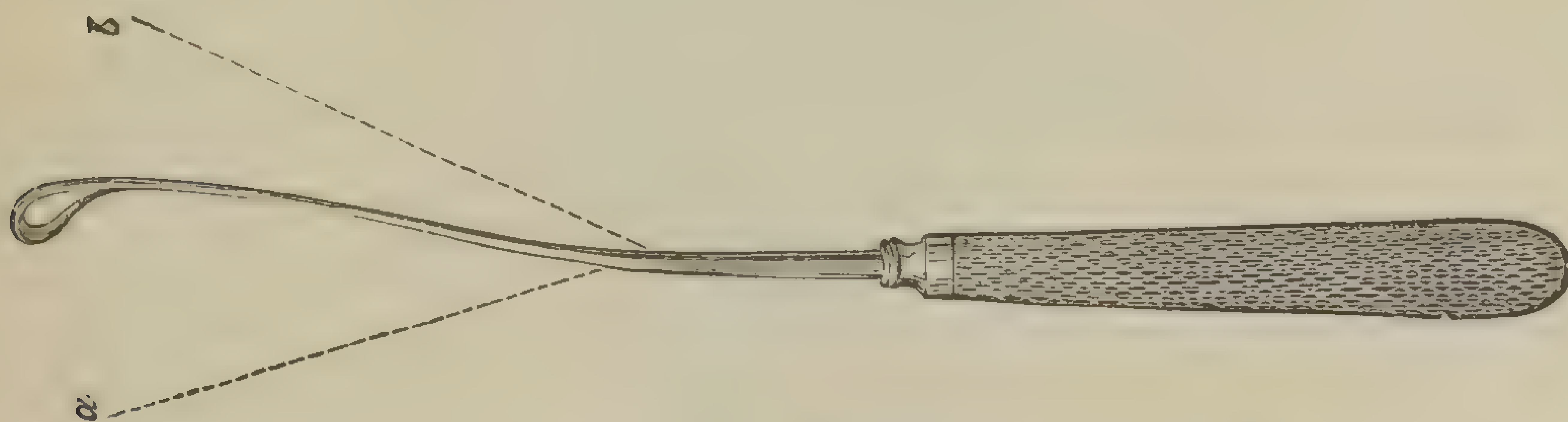


FIG. 74.—Cuchareta de Sims. Angulos en que puede doblarse.

acero de la Fig. 74, aplicada con la suficiente fuerza. Algunas veces es necesaria una segunda operacion, al cabo de dos ó tres septenarios, y muy raras una tercera. He logrado por este medio la curacion de algunos casos de carácter tan sumamente rebelde que habían resistido á todos los demas, á escepcion de los cáusticos destructores que dejo mencionados. Este procedimiento debe mirarse como una operacion,

[1] West, ob. cit.

vigilando á la enferma con igual solicitud, á fin de prevenir la inflamacion, que si se hubiese tratado de la ablacion del cuello ó de otra operacion análoga. Ya preveo que muchos calificarán desde luego este procedimiento de violento é innecesario ; pero convencido como estoy de que no es ni uno ni otro, y habiéndolo empleado bastante á menudo para haberme cerciorado de su eficacia en una serie de casos incurables por otros métodos, tengo grande empeño en que se le ensaye. Esta operacion nada tiene de comun con la que con la cuchareta se practica para las vegetaciones en el cuerpo del útero ; y sí equivale á la ablacion de las glándulas, correspondiendo á la separacion de las superficies foliculosas de las amígdalas cuando se trata de una flegmasía crónica incurable de los folículos.

CAPÍTULO XV.

ENDOMETRITIS CRÓNICA DEL CUERPO.

El cuerpo del útero, así como el cuello, es susceptible de inflamacion crónica en su túnica mucosa, que es lo que se llama endometritis crónica del cuerpo.

Sinónimos.—Esta enfermedad ha sido descrita bajo los nombres de endometritis, catarro uterino, leucorrea uterina y metritis interna. En la lámina que sigue se ve señalado con puntos el verdadero asiento de la afeccion.

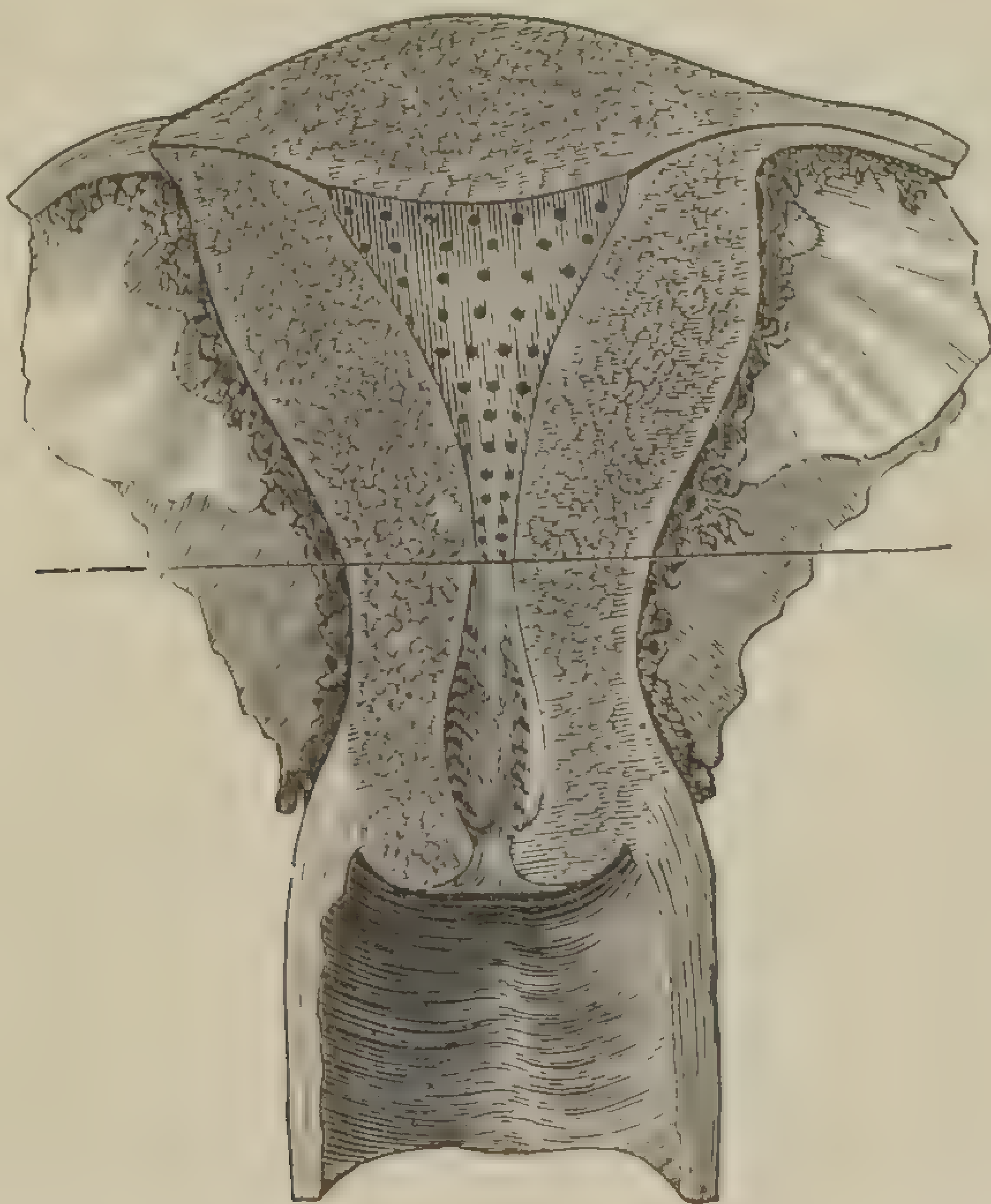


Fig. 75.—Los puntos señalan el sitio de la endometritis del cuerpo.

Frecuencia.—Pocos puntos de patología uterina han dado lugar, en los últimos años, á mas discusiones que este. Algunos autores sobresalientes, siguiendo las huellas del Dr. Henry Bennet, tienen por rara esta afeccion ; miéntras que la mayor parte la tienen por muy comun.

"Con todo, dice Aran,[1] la metritis interna, no obstante cuanto se haya dicho en sentido contrario, es mas frecuente en la cavidad del cuerpo que en la del cuello del útero;" y con esta opinion están de acuerdo el Dr. West y otros. Para hacer ver lo indeterminado que se halla este punto en el estado actual de la patología, permítaseme poner en contraste con la citada opinion la del profesor Byford, de Chicago, que se halla espresada en su escelente obra intitulada *Medical and Surgical Treatment of Women:*[2] "No es comun la inflamacion limitada á la cavidad del cuerpo del útero; pero estoy muy cierto de haberla visto en dos casos por lo ménos." Aunque la esperiencia del Dr. Byford se estiende á solo dos casos, el Dr. Tilt hace relacion de cincuenta de que ha conservado apuntes, y Klob afirma que la enfermedad es bastante comun.

Es de creer que miéntras mas se empeñe el que estudia la literatura ginecológica, mas inciertas serán sus deducciones; y desgraciadamente, sus propias investigaciones, por muy bien que las haga, le darán con frecuencia muy poca luz en los casos particulares de su práctica; porque suele ser harto difícil el diagnóstico diferencial de la endometritis del cuello y la del cuerpo. Daré con franqueza mi opinion particular en este punto importante, apartándome de autores por quienes tengo la mas alta consideracion, pero cuyas hipótesis no están de acuerdo con lo que yo he observado cuidadosamente á la cabecera de las enfermas.

La inflamacion de la matriz se presenta con mas frecuencia en la parte del órgano situada debajo de una línea horizontal que atraviese el orificio interno; aunque se desarrolla en la parte superior á esta línea mucho mas comunmente de lo que dice el Dr. Bennet. En mi práctica particular observé en diez y ocho meses nueve casos bien característicos é incuestionables, y algunos mas en que no pude cerciorarme de los límites exactos de la enfermedad. La mucosa del cuerpo y la del cuello pueden afectarse simultáneamente; pero no es esto lo mas comun: en general hallamos que la enfermedad reside, ya en una, ya en otra parte del órgano; y al hacer esta afirmacion, estoy muy persuadido de su importancia, y de que por muchos no será admitida. Pero convencido como estoy de que en no convenir en esto, consiste hasta cierto punto la dificultad de distinguir la enfermedad del cuello de la del cuerpo, quiero llamar á este punto la atencion del lector.

Anatomía.—Si se examina con una lente la mucosa de la matriz, se notará en ella una multitud de pequeñísimos orificios, algo parecidos á los de las glándulas de Lieberkühn del intestino delgado, y que son en realidad las embocaduras de folículos largos y flexuosos, que por sus estremidades cerradas se inclinan hácia abajo en direccion del parénquima del órgano. Un epitelio delgado cubre lo interior de estos folículos, y la mucosa que los reviste no es mas que una continuacion de la del útero. Divídense estas glándulas en sencillas y compuestas,

[1] Mal. de l'Utérus, p. 408. [2] Pág. 182.

terminando las primeras en un solo tubo, y las segundas en varios; é interpoladas con ellas hay criptas mucosas, que suelen dilatarse formando lo que se ha llamado el *channel polypus* (pólipo del canal).

Por entre estas glándulas corren numerosas ramificaciones capilares que penetran en sus intersticios, y forman alrededor de sus embocaduras unas redecillas tan superficiales que, con una lente fuerte, se las puede ver á veces enteramente descubiertas, y aun elevándose como vellosidades en la cavidad.

Patología.—La endometritis del cuerpo es, así como la del cuello, una afeccion glandular. El mal tiene por asiento los folículos utriculares; y la leucorrea uterina, que forma uno de sus síntomas mas notables, se origina de la hipersecrecion de aquellos.

En la autopsia se presenta la membrana mucosa hinchada, reblandecida, pálida y lisa, ó cubierta toda de granulaciones. En los casos muy antiguos se nota la obliteracion de un gran número de las glándulas utriculares; ó habiéndose obstruido solamente sus orificios escretores, retienen su secrecion y se dilatan enquistándose. Con el tiempo se ve la membrana mucosa sustituida por una capa delgada de tejido conjuntivo, cubierta de un epitelio, no cilíndrico ó de pestañas, sino al parecer de carácter pavimentoso. Encuéntranse á veces en la cavidad pequeños pólipos mucosos, y otras veces existe la hidrómetra, como resultado de la adhesion y oclusion del orificio uterino interno.

Tres veces he tenido ocasion de estudiar en el cadáver los caractéres patológicos de esta enfermedad; y en dos de estos casos, que fueron comunicados á la *Obstetrical Society* de esta ciudad, se hacía patente el estado descrito por Scanzoni. La cavidad uterina se hallaba muy ensanchada, y disminuido el espesor de sus paredes, las que en uno de estos casos habían esperimentado una trasformacion grasosa, segun observacion microscópica del Dr. J. B. Reynolds. En todos ellos se encontró sana la estructura mucosa y parenquimatosa del cuello; hallándose el cuerpo aumentado de volúmen y en estado de anteflexion ó retroflexion. En dos de los casos aparecía la mucosa del cuerpo muy lisa y despojada de epitelio en mucha parte; miéntras que en el tercero se mostraba áspera, presentando en algunos puntos manchas rojizas causadas por la dilatacion de los vasos sanguíneos. Mas no siempre se presenta el ensanchamiento de la cavidad de la matriz, que es indicio de casos crónicos y no se descubre en los de orígen reciente. Y aun es muy probable que estos últimos no presenten el aspecto patológico que queda descrito, sino un estado de infiltracion, congestion y rubicundez de la mucosa.

Pronóstico.—El pronóstico de este mal es siempre grave en cuanto á su curacion, pues es dudosa la posibilidad de un restablecimiento pronto de la salud, aun cuando el caso no presente mal carácter y sea reciente; siendo muchas veces incurables los que cuentan ya algunos

años. Scanzoni[1] dice, con una franqueza que le honra: "Por lo que hace á nosotros, no recordamos haber podido, en un caso siquiera, curar una leucorrea uterina abundante de algunos años de existencia." Las mas veces puede lograrse una mejoría parcial, aunque el mal sea antiguo; en algunos casos en que se acude pronto al tratamiento, es incuestionable que se puede alcanzar la curacion; pero en muchísimos no se logra ni curacion ni alivio; y la enferma, despues de probar con diferentes médicos, se decide á no curarse mas, y á observar una vida metódica, soportando lo mejor que le sea posible un mal que la esperiencia le ha hecho mirar como incurable.

He aquí un cuadro comparativo de los síntomas de un caso favorable y otro grave de endometritis del cuerpo:

El Pronóstico es Favorable	El Pronóstico es Grave
Si el caso es reciente;	Si el caso es antiguo;
Si el flujo es de moco, ó sanguíneo;	Si el flujo es purulento;
Si no se arrojan membranas dismenorréicas;	Si se arrojan membranas dismenorréicas;
Si la constitucion de la enferma es fuerte;	Si la constitucion de la enferma es débil;
Si el tejido conjuntivo no está interesado;	Si el tejido conjuntivo está interesado;
Si no hay dislocacion;	Si hay dislocacion;
Si no hay dilatacion de la cavidad;	Si hay dilatacion de la cavidad;
Si no está interesado el sistema nervioso;	Si está interesado el sistema nervioso;
Si está cercana la menopausis.	Si está lejana la menopausis.

Causas predisponentes.—Se ha observado que las mas veces se desarrolla la enfermedad en mujeres propensas á las siguientes condiciones:—

Escrófula;
Tuberculósis;
Espanemia, ó empobrecimiento de la sangre;
Debilidad escesiva á consecuencia del parto;
Debilidad escesiva producida por la lactancia;
Depresion nerviosa escesiva y prolongada.

Causas escitantes.—Estas pueden enumerarse como sigue:—

Impresion del frio durante las reglas;
Supresion repentina de los menstruos;
Obstáculo á la salida de la sangre menstrual;
El aborto y el parto;
Endometritis del cuello;
Endometritis aguda, puerperal ó no puerperal;
Subinvolucion;
Dislocaciones que causen mucha congestion;
Peritonitis pelviana crónica;

[1] Scanzoni, Diseases of Females, ed. am., p. 202.

Escesos venéreos;
Lesiones traumáticas por las sondas ó los pesarios intra-uterinos, ó á consecuencia de tentativas para provocar el aborto;
Ciertos estados de la sangre, tales como los que acompañan á la tísis y á las afecciones exantemáticas;
Tumores en la cavidad ó paredes del útero;
Vaginitis, simple ó específica.

Ya se deja entender cómo cualquiera de las dos primeras causas que se acaban de enumerar, pueden conducir inmediatamente al primer período del mal, suprimiendo la hemorragia de la mucosa congestionada del cuerpo de la matriz: generalmente dan por resultado la forma aguda que se disipa con rapidez, pero que á veces termina en la forma crónica.

El obstáculo á la salida de los menstruos es fuente fecunda de donde se origina esta enfermedad. Cuando la sangre menstrual cae inmediatamente en la vagina, conserva su fluidez, mezclándose con la secrecion ácida de este conducto; pero se coagula muy pronto cuando permanece encerrada en la cavidad del útero, en contacto sólo con el moco alcalino que allí se encuentra. Los coágulos, demasiado grandes para que puedan salir por el cuello en su estado normal, es claro que ménos pueden pasar por él cuando se halla anormalmente contraido: su presencia en la cavidad uterina, junto con la de la sangre allí aprisionada, viene luego á escitar contracciones que los espelen; y estas dilataciones y contracciones sucesivas no pueden tardar mucho en ocasionar una flegmasía de la túnica mucosa de la matriz. Del referido obstáculo puede ser causa un pólipo pequeño, que obra como válvula sobre el orificio interno; ó una estrechez, congénita ó adquirida, de la cavidad del cuello; ó una flexion del útero.

El parto es causa frecuente de la enfermedad, especialmente cuando ocurre el desprendimiento prematuro de una placenta incompletamente desarrollada; y tal puede ser el resultado cuando en un parto prolongado, la evacucion temprana de las aguas deja que el contorno desigual del cuerpo del feto comprima por muchas horas la mucosa uterina.

Con respecto á la flegmasía del cuello como causa excitante de la afeccion, se espresa el Dr. Bennet[1] en estos terminos: "Sin embargo, la endometritis del cuerpo parece que proviene generalmente de una prolongada inflamacion del cuello y sus cavidades. La flegmasía se estiende gradualmente por el cuello hasta el orificio interno, y de allí penetra en el útero." Ya he dicho que disiento de esta hipótesis, aunque sin dejar de convenir en que pueda ser fundada.

Bien puede ser que la endometritis aguda, en vez de disiparse del todo, viniera á terminar en la afeccion de que tratamos.

La subinvolucion del útero mantiene una tendencia constante á la hiperemia del parénquima que afecta la membrana mucosa. La endo-

[1] Ob. cit., p. 75.

metritis del cuerpo se observa mas comunmente como complicacion de este estado, que como consecuencia de todas las demas causas reunidas.

La peritonitis pelviana, perturbando la posicion, la inervacion y la circulacion de la matriz, es con frecuencia causa de la enfermedad.

El efecto del cóito como influencia ocasional, se observa muchas veces poco despues de celebrado el matrimonio; como que los primeros ayuntamientos escitan una congestion uterina mas ó ménos intensa. Con referencia á esto dice el Dr. Tilt:[1] "No hay para qué disfrazar la verdad: el acto sexual ejerce una influencia verdaderamente nociva en los órganos genitales de algunas mujeres;" mas yo no puedo creer que el Todopoderoso haya dispuesto que una funcion tan esencial á la perpetuacion de nuestra especie, tenga una influencia dañina en los órganos genitales de la mujer sana. Y, sin embargo, hasta cierto punto no carece de verdad el aserto; pues tal es la influencia del cóito en la mujer que ha debilitado su naturaleza en la molicie y la indolencia, y lanzado el útero enteramente fuera de su posicion normal, y que quizás llega al lecho nupcial con alguna afeccion oculta de la matriz, resultado de imprudencias durante sus reglas. La introduccion de alimentos en el estómago no es perjudicial al sistema digestivo; pero sí puede serlo en el dispéptico que con sus abusos se ha dañado el órgano.

Las lesiones traumáticas por las sondas, los pesarios, etc., escitan la inflamacion de un modo tan manifiesto, que no hay necesidad mas que de mencionarlo.

Ciertos estados de la sangre producen á veces la endometritis aguda del cuerpo, que, como ya se ha dicho, puede terminar en la forma de que estamos tratando. La endometritis es bien conocida como complicacion de las enfermedades exantemáticas, y el Dr. Gardner, en la edicion americana de Scanzoni, refiere el hecho de su coincidencia con la tísis; cosa que todo práctico habrá observado tambien.

Los tumores en la cavidad ó paredes del útero producen muy generalmente este mal, por la congestion de la mucosa que ocasionan.

La vaginitis simple puede propagarse, y la específica se propaga muchas veces al cuello y al cuerpo de la matriz; y en mi práctica he observado que la última forma ha afectado no sólo el cuerpo, sino tambien las trompas, dando por resultado la peritonitis.

Síntomas.—La sintomatología de la endometritis del cuerpo, es de lo ménos satisfactorio y mas oscuro que presenta la ginecología. Los síntomas son unas veces tan leves, y otras tan oscuros y encubiertos, que la enfermedad suele seguir su curso por mucho tiempo sin despertar sospechas en el médico ni la enferma. Sus efectos en la constitucion difieren tambien del modo mas estraño en los diversos casos. A veces dura la enfermedad diez, quince ó veinte años, siendo causa de una leucorrea abundante, trastorno de los menstruos y perturbaciones nerviosas, sin ocasionar, sin embargo, bastante padecimiento para hacer

[1] Ob. cit., p. 234.

que la enferma ocurra al médico. Otras veces se ve acompañada de una hiperplasia areolar, ó la escita; causando desviaciones, dolor al andar, en el acto sexual y al defecar; ó viene á parar en un flujo icoroso que produce los molestos síntomas de vaginitis, cistitis ó prurito de la vulva. Los síntomas principales que se manifiestan generalmente son:—

Leucorrea;
Perturbacion de las reglas;
Dolores en el espinazo, las ingles y el hipogastrio;
Perturbaciones nerviosas;
Timpanitis;
Síntomas de embarazo;
Esterilidad.

Uno de los principales indicios de la afeccion es la leucorrea abundante de naturaleza viscosa: cuando es muy espesa y tenaz, es producida por las glándulas del cuello; aunque la mucosa uterina tambien segrega un flúido semejante, que principalmente se distingue en que posee las cualidades mencionadas en grado muy inferior. La leucorrea uterina difiere tambien de la del cuello en que suele ser mas ó ménos sanguinolenta, presentando un color como de ocre, especialmente durante dos semanas despues de la menstruacion; y el Dr. Bennet[1] considera esto como "tan característico de la metritis interna como lo son de la pneumonía los esputos herrumbrosos;" pero aunque sea un indicio importante y de valor, no es de ningun modo universal. Suele la enferma engañarse creyendo que es un menstruo muy prolongado, lo que no es en realidad mas que la leucorrea sanguinolenta que viene en pos de él. El flujo es lechoso en unos casos y purulento en otros, que son por cierto los mas rebeldes. Despues de mucho tiempo de haber cesado los menstruos, suele presentarse en las mujeres de edad una forma de endometritis del cuerpo en que la secrecion es acuosa ó cremosa, y á que muchas veces acompaña un prurito intolerable de la vulva.

Rara vez faltan las perturbaciones menstruales; el flujo suele ser en estremo abundante, continuándose de un período á otro y constituyendo la metrorragia; ó bien es muy escaso y manifiesta tendencia clara á cesar.

Cuando el tejido conjuntivo no está absolutamente interesado, puede presentarse la menorragia sin dolor; pero esto no sucede comunmente, pues aquel tejido suele hallarse al mismo tiempo interesado, coexistiendo la dismenorrea. Ocurre á veces en estos casos, durante las reglas, la esfoliacion completa de la mucosa interna del cuerpo, que se ha designado con el nombre de *membrana dismenorréica;* considerándola algunos como prueba de la endometritis crónica del cuerpo.

Por lo regular se sienten dolores en el espinazo, las ingles y el hipo-

[1] Ob. cit., p. 76.

gastrio, y á veces un ardor sobre la sínfisis pubiana, que causa mucha incomodidad.

Antes que el mal haya durado mucho, se presentan por lo regular síntomas nerviosos de mas ó ménos gravedad, viéndose la paciente acometida de cefalalgia, especialmente en la region superior del cráneo, de síntomas histéricos acompañados de tristeza, propension al llanto, una aprension profunda de aislamiento, é incapacidad para todo esfuerzo mental.

El meteorismo es un síntoma muy comun, cuya conexion con la flegmasía de la mucosa uterina no parece clara á primera vista, y es probable que sea causada por alguna perturbacion de las influencias nerviosas que presiden al movimiento peristáltico y dan tono á las fibras musculares del intestino, bastante intensa para causar la acumulacion de gases en el canal. Asimismo puede esta afeccion producir la constipacion, que suele ser uno de sus mas tenaces compañeros.

En relacion con este mal se presentan muchas veces síntomas de embarazo que inducen á error al facultativo. Las náuseas y los vómitos son indicios de importancia, pero que no siempre se presentan; y parece que provienen de esta afeccion lo mismo que provienen de la ocupacion de la cavidad uterina por el producto de la concepcion. Además de esto, suele ocurrir un oscurecimiento de los círculos mamarios, y aumento de volúmen y sensibilidad de las mamas; y cuando á estos síntomas se agregan el meteorismo y las irregularidades de la menstruacion, ya se deja entender lo fácil que es caer en error.

La esterilidad es un resultado tan comun de la endometritis, que debe considerarse como uno de sus signos; y muchas veces es el único que nos induce á practicar el exámen del útero y nos hace descubrir la existencia del mal. Este, sin embargo, no imposibilita la concepcion; pero sí disminuye sus probabilidades.

Signos físicos.—Estos no son ni numerosos ni seguros, y sólo se hará mencion de los que tienen verdadero valor práctico. La tienta uterina introducida en la cavidad, demuestra muchas veces que la longitud del útero es mayor que cuando está sano; causando tambien el instrumento mas molestia; y por lo regular se notará la sensibilidad del cuerpo de la matriz al practicar la palpacion combinada con el tacto, colocando dos dedos en el fondo de la vagina y comprimiendo con la otra mano la pared abdominal anterior. El descubrimiento de que no existe enfermedad del cuello, aunque sí una leucorrea uterina abundante, junto con los otros síntomas que van mencionados, nos proporcionará un indicio fuerte de la existencia de la endometritis del cuerpo; pudiendo, por último, tenerse por signo comprobante la dilatacion del orificio interno.

Curso, duracion y terminacion.—Este mal suele durar muchos años, limitándose á la mucosa en la mujer nulípara, miéntras que en la multípara escita gradualmente congestiones y un crecimiento excesivo

en el parénquima subyacente. Este es el efecto que con mas frecuencia esperimenta el parénquima, aunque puede afectarse de dos modos: 1°, ocurriendo una hiperplasia, ó exceso de nutricion; 2°, una aplasia, ó defecto de nutricion, dando por resultado la dilatacion y distension del órgano.

Complicaciones.—Las que se observan mas comunmente son: la vaginitis, la degeneracion granulosa del cuello y el prurito de la vulva.

Tratamiento.—Debe cuidarse con el mayor esmero de mantener y mejorar la salud general de la enferma, que por lo regular se manifiesta. propensa á la depresion; y al efecto se recomienda un buen régimen dietético, aereacion, ejercicio moderado y evitar toda circunstancia capaz de abatir el espíritu ó perturbar el ánimo; y cuando sea posible, un cambio de aire y paseos al campo ó lugares de baños. El empleo de estas medidas proporciona un estado saludable de los sistemas nervioso y sanguíneo, y si fuere necesaria la medicacion tónica, se administra hierro, ácidos minerales, quina, bromuro de potasio, ó nuez vómica. Debe desecharse todo alimento muy condimentado, y prevenir á la enferma contra los hábitos de indolencia y molicie que tienden á agotar la fuerza nerviosa.

La matriz se ha de mantener en reposo, librándola de la opresion de la ropa sobre el fondo del órgano, poniendo límites á la cópula, absteniéndose de todo ejercicio violento é inmoderado, y sosteniéndola con un pesario, si fuere preciso.

Los tópicos emolientes y métodos depletivos, que dan buen resultado cuando está afectado el cuello, son de poco provecho en este caso, por hallarse la parte enferma distante, así de la vagina, como de las paredes abdominales y de la pélvis; de suerte que la esperanza de proporcionar alivio debe fundarse principalmente en las medidas higiénicas que acaban de recomendarse, y en la aplicacion directa de tópicos alterantes al sitio de la afeccion.

Aplicacion de tópicos alterantes.—Récamier fué el primero que se atrevió á cauterizar la cavidad del útero; lo que practicaba con piedra infernal en un porta-cáustico ordinario; y su método fué despues adoptado por Robert, Richet, Trousseau, Maisonneuve y otros, empleándose todavía en la actualidad para combatir esta afeccion rebelde. La cauterizacion se puede practicar de cuatro modos: 1°, barnizando con una disolucion la superficie enferma; 2°, dejando una pomada en el útero hasta que se derrita; 3°, con inyecciones de líquidos en la cavidad de la matriz; 4°, empleando cáusticos sólidos. Antes de dar principio al tratamiento local, debe asegurarse el médico de que el canal del cuello está suficientemente abierto para permitir la libre salida de los flúidos de la cavidad que está encima, y la introduccion en ella de las sustancias que han de aplicarse de abajo; y cuando no existe el grado necesario de espansion, hay que lograrla por medio de los dilatadores. Si el útero se encuentra sensible al tacto vaginal y rectal, se tiene á

la enferma en cama por algunos dias ántes de practicar la primera aplicacion, prescribiendo purgantes salinos suaves y baños de asiento, con inyecciones copiosas á la vagina. En la mayor parte de los casos no se puede llegar al fondo de la matriz, si se emplea el spéculum tubular ordinario, por ser siempre difícil alcanzar tal altura en la cavidad á traves de este instrumento; pero sí se puede penetrar hasta el fondo sin esfuerzo ni dilacion, si se emplea el spéculum de Sims, ó cualquiera de sus modificaciones, ó bien uno cilíndrico corto. Introducido el instrumento y limpio el cuello con la jeringa, se introduce con mucho cuidado en la cavidad de aquel un spéculum pequeño y fino, como el que representa la Fig. 76, que es uno de los mejores de su especie.



FIG. 76.—Spéculum cervical y sonda, de Wylies.

Teniendo arrollado al estilete de plata, ó de goma dura, un pedacito de algodon, se introduce este hasta el fondo, á fin de estraer de la cavidad una gran porcion de moco que podría neutralizar el escarótico. Hecho esto, se quita el algodon y se pone otro, ó, lo que es mejor, se hace uso de otro estilete igualmente preparado; y empapando este algodon en el cáustico líquido que se va á emplear, se introduce hasta el fondo, moviéndolo suavemente sobre la superficie. Mas no hay que repetir esto; porque la astriccion que produce el escarótico, dificulta la segunda aplicacion, la cual es innecesaria cuando se practica la primera como es debido. Despues de esto, permanecerá la enferma en cama y en completa quietud hasta el dia siguiente, cuando ménos, ó por algunos dias en caso de malestar.

En lugar del estilete algodonado, puede muy bien efectuarse la operacion de barnizar toda la superficie uterina, empleando un pincelito de cerdas de puerco mojado en la disolucion, é introduciéndolo á traves del spéculum cervical.

Los alterantes que pueden emplearse de este modo, son, á saber:—

Disolucion de ácido crómico, 4,0 para 30,0 de agua;
Disolucion de nitrato de plata 1,0 ó 2,0 para 30,0 de agua;
Tintura de yodo compuesta, 15,0 en 15,0 de glicerina;
Disolucion saturada de sulfato de zinc;
Disolucion saturada de sulfato de cobre;

Disolucion de percloruro de hierro en igual cantidad de glicerina;
Disolucion de cloruro de zinc, 4,0 para 30,0 de agua;
Tintura de hierro clorhídrica (F. E. U.), 8,0 en 30,0 de agua;
Disolucion saturada de ácido fénico.

Estas disoluciones se pueden debilitar cuanto se quiera, añadiéndoles agua, glicerina ó alcohol. Cuando la endometritis ocurre por sobre el orificio interno, no recomiendo el uso de escaróticos potentes; pues segun mi esperiencia, no son tan provechosos como las mismas sustancias con aptitud solamente de alterantes. Es verdad que aconsejo los cáusticos en ciertos estados morbosos, provenientes de una inflamacion crónica; pero estos son consecuencias de la enfermedad, y no la enfermedad misma. En la afeccion de que estamos tratando, no emplearía yo el nitrato de plata sólido, el ácido crómico puro, ni el nítrico humeante.

Uso de pomadas.—Es tan incómoda y desagradable la aplicacion de pomadas á la membrana interna del útero, que no puedo recomendarla, ni es de ningun provecho particular. Se practica de un modo parecido al de la introduccion de líquidos, con la diferencia de requerirse, por supuesto, distinto instrumento. Hay uno muy propio para el caso, que es la jeringa del Dr. Lente. Se mete la pomada en la jeringa con una espátula; se introduce el tubo de plata unido al instrumento en la cavidad del útero, y empujando el émbolo, se echa la pomada fuera de la jeringa. Generalmente se emplean las siguientes pomadas, aunque pueden sustituirse con otras que contengan plomo, bismuto, calomel, yodo, etc. :—

℞.	Nitrato de plata,	ʒ ij,	8 gramos.
	Estracto de belladona,	ʒ j,	4 "
	Ungüento de espermaceti,	℈ ij,	2 "

Mézclese.

℞.	Acetato de plomo,	ʒ ij,	8 gramos.
	Sulfato de morfina,	gr. iv,	28 centígramos.
	Manteca de cacao,	℥ ss,	15 gramos.
	Aceite comun,	q. s.	c. s.

Mézclese.

Aplicacion de alterantes sólidos al endometrio, ó cavidad del cuerpo de la matriz.—Las sustancias sólidas licuables por el calor animal, pueden introducirse en la cavidad en forma de barritas ó supositorios; ó se pueden emplear igualmente los cilindros de zinc, cobre, alumbre, ó hierro, de que se hizo mencion en el capítulo anterior; ó tambien los supositorios de manteca de cacao de Becquerel, cuya fórmula es la siguiente :—

℞. Tanino, 4 partes;
Goma tragacanto, 1 parte;
Migajas de pan, c. s.

Para introducir con cuidado en la cavidad uterina, uno cada 4 dias, dejándolo derretir.

Siempre se ha de atar un hilo al supositorio ó cilindro que va á introducirse por primera vez, á fin de que la enferma pueda sacarlo si le causa dolor: esta precaucion es muy necesaria; pero despues de hecha la prueba, se puede prescindir del hilo. Hay casos en que unas pocas gotas de agua en la cavidad uterina causan dolor; yo he presenciado convulsiones epilepsiformes violentas causadas por la introduccion (cuidadosa) de la tienta uterina; y la posicion del médico sería muy triste, si se originasen tales accidentes de la introduccion de un cilindro medicamentoso dejado fuera de su alcance.

Inyecciones en la cavidad uterina.—Esta materia ha sido recientemente objeto de largas y hábiles discusiones, y muchas autoridades eminentes se han pronunciado por las inyecciones intra-uterinas, y referido centenares de casos en que se emplearon con buen éxito y sin inconvenientes; siendo muchos los que en la práctica hacen uso de ellas como sistema rutinario, en el tratamiento de la endometritis del cuerpo. Pero aunque de las pruebas aducidas resulta que, empleado con las precauciones debidas, no presenta este método sus peligros principales, se hace asimismo evidente que en manos descuidadas, inespertas ó inhábiles, lleva consigo graves y numerosos peligros.

Léjos de ser moderno este método de tratamiento, como parece que lo creen muchos, es uno de los mas antiguos que se conocen; y es ciertamente un hecho sospechoso que, despues de empleado en varias épocas, por espacio de 2200 años, cuente todavía en nuestros dias con tantos opositores. Se dirá que la necesidad de permitir el desagüe del líquido inyectado no se había echado de ver hasta últimamente, y que hasta ahora, por lo tanto, no se hallaba el método exento de peligros; pero no es así, porque en 1833 empleaba Mélier una cánula doble construida por el mismo principio que otras á que luego haré alusion. Y con este motivo, no estará de mas echar una rápida ojeada á la historia del asunto. Debo la mayor parte de mis datos á un artículo estenso del Dr. J. Cohnheim,[1] de Berlin, traducido por el Dr. Kammerer,[2] de esta ciudad. Hipócrates (400 A. C.) empleó y recomendó las inyecciones intra-uterinas para facilitar la salida de restos retenidos de la placenta, y como aplicacion medicinal á la superficie afectada de catarro. Aconséjalas asimismo Pablo de Egina, y viniendo á los tiempos mas recientes, Silvio, Montano, Ambrosio Paré, Bottoni, Roderic a Castro, Mercurialis, Ludovico Mercati, y Astruc. Otto, que tradujo al aleman las

[1] Beiträge zur Therapie der chronischen Metritis. Berlin, 1868.
[2] Amer. Journ. Obstet., vol. i., p. 377.

obras de Astruc, manifiesta en una nota la opinion de que por lo regular no penetra el líquido en la cavidad uterina, por impedirlo el orificio interno; y agrega que "tiene conocimiento de casos en que el uso de los 'magníficos remedios' de que se ha hecho mencion, produjo ataques graves de cólico uterino." Volvieron á aconsejar este método Wenceslao, Collingwood, Berends, y Steinburger; y le hicieron oposicion, no ménos vigorosa al parecer, Frank, y Hourmann. Este último autor llamó la atencion á sus peligros, refiriendo un caso de metro-peritonitis grave, que resultó de una simple inyeccion aplicada para la leucorrea; y á este caso se siguieron inmediatamente tres mortales, dos en las salas de Bretonneau y uno en las de Nélaton. En época todavía mas reciente han sido recomendadas por Récamier, Velpeau, Ricord, Kennedy, Retzius, Routh, Sigmund, Matthews Duncan, Tilt, Braun, Martin, Courty, Nott, Kammerer y otros, haciéndoles oposicion Oldham, Mayer, Bessems, H. Bennet, Gosselin, Depaul y otros. Los mismos que han apoyado este método hablan repetidas veces de casos en que han sobrevenido cólicos uterinos violentos, acompañados de gran postracion, pulso débil y frecuente, desfallecimiento y frialdad de las estremidades; y Hourmann, Leroi d'Étiolles, Landsberg, Oldham, Pédelaborde, Retzius, Becquerel, Noeggerath y otros, entre ellos el que esto escribe, han observado en su práctica casos felices de peritonitis, ovaritis y salpingitis. Bessems[1] vió un caso de muerte repentina debida á la entrada del aire en las venas, "observando en la autopsia burbujas de aire en el corazon y vena cava;" y el Dr. Warner,[2] de Boston, ha referido otro caso funesto ocurrido en el *Charity Hospital* de S. Louis, y en que "la muerte siguió inmediatamente á la inyeccion en el útero de una pequeña cantidad de agua. Semejante resultado se debió evidentemente á una conmocion nerviosa." No hallo datos estadísticos del Dr. Simpson sobre este asunto, pero sus palabras citadas á continuacion, no dejan lugar á dudas acerca de su opinion general del método en cuestion:[3] "Pero adviértase que jamas debe pensarse ni remotamente, en lanzar líquidos dentro de la cavidad del útero por medio de aparatos inyectores, pues es muy fácil verlos causar flegmasías graves y funestas. Tal vez se deba este resultado al paso del líquido por uno de los oviductos y su derrame en la cavidad peritoneal; ó, lo que es mas probable, á su entrada en alguna de las venas uterinas puesta á descubierto por la desgarradura de la mucosa. Pero sea de esto lo que fuere, son tan frecuentemente peligrosas y funestas las consecuencias de la inyeccion de flúidos en la cavidad de la matriz, que la han abandonado por completo, segun creo, los parteros de nuestros dias." Estas observaciones de Simpson se refieren al uso de inyecciones uterinas en casos de dismenorrea, en el estado no puerperal. Becquerel refiere seis casos de ca-

[1] New York Journ. Obstet., vol. i., p. 394.
[2] Boston Gynæcological Journal, vol. ii., p. 286.
[3] Diseases of Women, Amer. ed., p. 110.

tarro uterino, "en uno de los cuales las inyecciones dieron por resultado cierta mejoría; produciendo en los otros cinco tan graves accidentes, que en tres de ellos solo pudo salvarse la vida de las enfermas á beneficio de una medicacion antiflogística enérgica." Noeggerath habla de cuatro casos, en el primero de los cuales, por medio de las inyecciones, se obtuvo felizmente la curacion; en el segundo, se alcanzó igual resultado, si bien este fué seguido de síntomas graves que persistieron mucho tiempo; desarrollóse en el tercero una metro-peritonitis que pudo refrenarse; y en el cuarto caso murió la enferma.

Importa indicar la existencia de dos puntos que no deben desatenderse, y refiriéndose á uno de los cuales, el Dr. Bennet se espresa en estos términos: "Este accidente, (una peritonitis mortal, debida segun él, al paso del líquido por las trompas,) hubiera ocurrido probablemente mucho mas á menudo en la práctica de los cirujanos franceses, si la contraccion natural del orificio interno no pusiese obstáculo á la penetracion del líquido en la *cavidad uterina*." El otro punto es el callarse gran número de casos, mortales algunos de ellos, de peritonitis determinada de la manera espuesta. Yo mismo he tenido noticia de tres, dos de los cuales tuvieron un desenlace desgraciado.

Los líquidos, recorriendo las trompas falopianas, se derraman en el peritóneo: así se esplicaban, bastante naturalmente, en otro tiempo, los accidentes que pueden ser consecutivos al procedimiento en cuestion. Mas, si tal sucede á veces, como en el caso referido por Haselberg, queda demostrado, tanto por esperimentos cadavéricos cuanto por la observacion de los fenómenos que se suceden en las enfermas, que de ordinario los líquidos hallan en las trompas una resistencia que los impide penetrar en ellas; segun lo han comprobado todos los esperimentos hechos por Vidal, Klemm y Hennig con el fin de esclarecer este punto. Es probable que los oviductos en estado de salud se opongan eficazmente á la introduccion del líquido; y que la dilatacion y atonía determinadas en ellos por la salpingitis, dejen la puerta abierta para la produccion de los accidentes antedichos.

En vista de lo que antecede, es necesario convenir en que, si bien este método de tratamiento, empleado cuidadosa y metódicamente, es de gran valía, en casos de endometritis, ofrece tambien numerosos y grandes peligros; y si es lo cierto que las inyecciones intra-uterinas son por lo general provechosas y no originan serios compromisos, cuando se usan con las precauciones debidas por manos esperimentadas, no lo es ménos que, sin estas condiciones, han acarreado la muerte en cierto número de casos, y en muchos producen dolores vivos y síntomas constitucionales graves. Aconsejaría yo con instancia á los médicos poco esperimentados en la cura de las enfermedades uterinas, que evitasen el uso de estas inyecciones, escepto en los casos de graves y rápidas hemorragias, y con tal de hallarse bastante dilatado el cuello de la matriz, y no haber flexion de este órgano. Cuando se hallaren con ánimo de

probar dicho método en el tratamiento de la endometritis del cuerpo, tengan presente que el fácil desagüe del líquido inyectado es, no sólo conveniente, sino condicion esencial de seguridad.

Un partidario[1] muy reciente de las inyecciones intra-uterinas dice con gran candidez, que, "sin embargo de que las mas veces no esperimentan las mujeres dolor alguno al hacérseles inyecciones en el útero, aunque sean de fuertes disoluciones escaróticas, preséntanse, con todo, en algunos casos, síntomas muy alarmantes para los inespertos. Prorumpe en gritos la enferma, se queja de cólicos violentos, de dolores semejantes á los del parto; hínchase el vientre, palidece el semblante, se enfrían las estremidades, el pulso es pequeño, y cae la paciente en un estado de gran postracion. Estos síntomas suelen ir acompañados de vómitos y de temblores en los miembros.

"Al fin de la presente memoria refiero un caso de esta naturaleza. Es indudable que semejante encadenamiento de síntomas parece alarmante, pero no da por resultado ningun accidente grave."

Confieso ser partícipe de los temores de esos inespertos que se alarman al manifestarse "semejante encadenamiento de síntomas;" pues que los numerosos casos en que ha acarreado la muerte, comprueban que no es alarmante sólo en la apariencia. Los esperimentos de Vidal, Hennig y Klemm nos obligan á admitir que el paso de flúidos por las trompas de Falopio no es, en las inyecciones intra-uterinas, cosa tan fácil como lo haría suponer el razonamiento teórico; y aunque Cohnheim, á cuyo admirable *resúmen* de esta materia soy en tanto grado deudor, parece tenerlos por concluyentes, con todo, en mi sentir, distan mucho de serlo. Importa recordar que los esperimentos cadavéricos se hacen, por lo comun, en úteros sanos y oviductos no dilatados; miéntras que el ginecólogo emplea estas inyecciones en casos en que existe flegmasía de la mucosa uterina y, tal vez, dilatacion de las trompas, consecuencia frecuentísima de aquella: pues ¿no es probable que una enfermedad que vence la accion del esfínter del orificio interno de la matriz, produzca un efecto análogo en la embocadura de los oviductos? Que tal sucede en efecto, queda demostrado por el exámen necroscópico. Hállase, además, en los anales ginecológicos, mencion de numerosos casos en que fueron tan *inmediatos* los resultados inflamatorios, que es casi imposible no ver en ello la relacion de causa y efecto que, tal cual vez, existe entre estos y las inyecciones. Sirva de ejemplo el caso referido por Pédelaborde en *L'Union Médicale*, en 1850, y en que "á los tres minutos de haberse inyectado una decoccion de hojas de nogal, se presentaron dolores uterinos graves, seguidos, en breves horas, de una peritonitis aguda." Igual resultado dió una vez en mi práctica la inyeccion de una disolucion de persulfato de hierro; y por último, en un caso, mortal, de Von Haselberg, se descubrió por medio de reactivos químicos la presencia de hierro metálico en uno de los oviductos. Si se

[1] Gantillon on Uterine Catarrh, (*folleto*,) 1871.

hace una inyeccion en el útero sano, de un cadáver ó de una mujer viva, introduciendo la jeringa hasta el orificio interno, sin permitir que pase mas allá, el flúido no penetra en la cavidad del cuerpo, porque la endometritis del cuerpo no ha destruido la funcion del esfínter del orificio interno; pero cuando esta se halla paralizada por el trabajo morboso de aquella afeccion, el caso es muy diferente; y en tales circunstancias, suele ser imposible á las enfermas emplear inyecciones vaginales, porque el líquido se introduce inmediatamente en la cavidad del cuerpo, causando violentos cólicos uterinos.

Sostengo que estos casos son precisamente análogos entre sí; y que desatender el punto en que tanto he insistido aquí, sería no sólo desvirtuar los esperimentos que se han hecho con el fin de esclarecer un asunto de importancia clínica, sino positivamente pervertirlos con detrimento de las enfermas.

Las sustancias medicinales empleadas de este modo, han variado mucho segun las ideas de los diferentes prácticos. Velpeau empleaba disoluciones concentradas de nitrato de plata; Ricord, de 2 á 3 partes de tintura de yodo en 100 de agua; Evory Kennedy, de 20 á 30 gotas de nitrato de mercurio; al paso que Sigmund usa disoluciones de 2 gramos de nitrato de plata, 4 de sulfato de cobre, 4 de yoduro de potasio, con 54 centígramos de yodo, 8 gramos de cloruro de zinc ó 12 de percloruro de hierro, en 90 de agua. Hennig emplea durante algun tiempo agua caliente pura, despues ligeramente teñida con yodo, y por último la tintura de yodo pura, ó disoluciones de nitrato de plata; Fürst, 4 gramos de nitrato de plata en 8 de agua; Martin, de Berlin, 30 centígramos de sulfato de cobre en 180 gramos de agua destilada; y Kammerer, de 10 á 20 gotas de la disolucion concentrada de ácido crómico; la solucion de Lugol de yodo y yoduro de potasio, ó una disolucion débil de ácido piroleñoso; ó 6 decígramos de sulfato de zinc en 30 gramos de agua.

Antes de dejar esta materia, reuniré sus puntos mas importantes en una serie de proposiciones.

1ª. Las inyecciones intra-uterinas, aunque se compongan de líquidos simples y no irritantes, pueden causar la muerte por una peritonitis consiguiente á la absorcion del líquido, y la flebitis subsecuente; por la penetracion del líquido en el peritóneo; por la endometritis (?); ó por la entrada repentina del aire en una vena.

2ª. Aun cuando dejen de producir tan terrible resultado, pueden dar lugar á cólicos uterinos graves, y neuralgia histérica con tendencia al colapso; contracciones violentas de la matriz semejantes á los dolores cólicos que se presentan despues del parto; é irritaciones intensas de la mucosa del útero, y de los oviductos.

3ª. Estos accidentes pueden hasta cierto punto evitarse, mediante la observancia de las reglas siguientes :—

a. Nunca se harán inyecciones en la cavidad de la matriz, si no se

tiene la seguridad del pronto desagüe del líquido inyectado; y por lo tanto, si el orificio interno no se hallare muy dilatado, deberá siempre recurrirse al empleo de cuerpos dilatadores ántes de la inyeccion, haciéndola siempre con una jeringa que asegure la salida inmediata del flúido. Aunque es muy sencilla la operacion de hacer estas inyecciones, se ha de practicar con ciertas precauciones y muy metódicamente. Para ello puede usarse un tubo de plata ó de goma elástica, de la forma de una algalia, con aberturas en ámbos lados de la punta, con tal de que la jeringuita que sirve para lanzar el líquido pueda quitarse inmediatamente, lográndose así que el instrumento que da entrada al líquido se convierta en conducto para su salida. Hay, sin embargo, otros instrumentos que con mas eficacia aun proporcionan la via para la salida. Es tan necesario el regreso del líquido, que se han ideado aparatos espresamente destinados á responder á esta necesidad. Son dobles cánulas, ó tubitos provistos de ranura, siendo una de las mejores la de la Fig. 77.

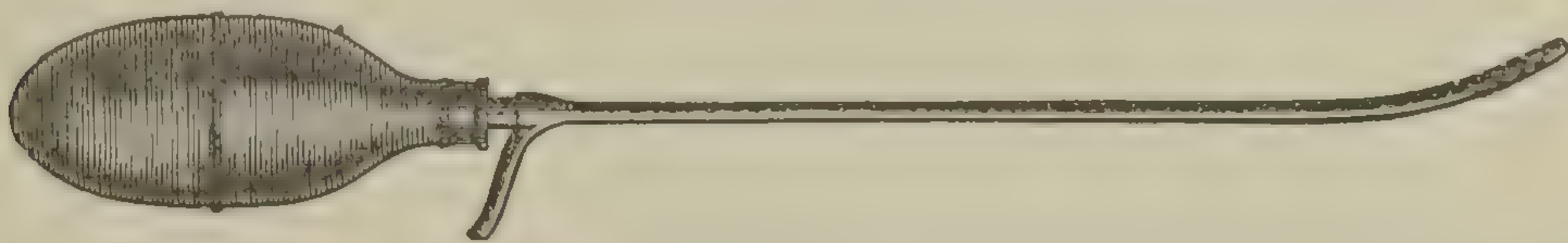


FIG. 77.—Jeringa de Molesworth con cánula de doble corriente, para inyecciones intra-uterinas.

Mediante la compresion de la pelota de goma elástica se lanza el líquido á traves de los agujeros que hay en el estremo de la cánula, y vuelve á salir acto continuo por el otro tubo que va unido á aquella. Al cesar la compresion, se forma el vacío, y merced á la fuerza aspirante así establecida, no queda una sola gota en la cavidad.

b. Las mejores sustancias para inyecciones son la tintura de yodo, nitrato de plata, sulfato de sosa, ácido piroleñoso, ácido fénico, y sulfatos de zinc ó de cobre, ó una disolucion poco fuerte de hierro. Conviene siempre usar primeramente inyecciones alcalinas débiles, en agua caliente, no sólo con objeto de reconocer la tolerancia del útero, sino porque al hacer Klemm sus esperimentos en el cadáver, la tinta azul con que se hicieron las inyecciones, lanzada con poca violencia á traves de un orificio estrecho, en diez y ocho casos, penetró tres en el sistema venoso de la matriz y ligamentos anchos, sin que hubiese dislaceracion alguna visible. Una vez conocido el grado de tolerancia, pueden usarse disoluciones mas fuertes.

c. Las disoluciones deben usarse siempre á una temperatura, cuando ménos, de 85° á 90° Fahrenheit (29° á 32° centígrado).

d. Antes de emplear el tópico mas fuerte, límpiese la cavidad con un líquido caliente; teniendo cuidado al inyectar, de que no contenga aire la jeringa, y de no lanzar nunca el flúido con fuerza.

e. Este método no debe emplearse jamas en un útero en flexion, ántes de reponerlo; nunca inmediatamente ántes ni inmediatamente

despues de la menstruacion; ni si hubiere existido recientemente una pelvi-peritonitis ó un flemon peri-uterino.

f. Despues de practicada la inyeccion, se acostará la enferma hasta que haya desaparecido todo malestar; guardará cama á la primera manifestacion de dolor, administrándole opio en abundancia.

4ª. Si se presentan cólicos uterinos, empléese morfina con la jeringa hipodérmica, que es el remedio mas pronto y eficaz. Astruc, con objeto de precaver el accidente, recomendaba que se añadiesen narcóticos á las disoluciones inyectadas.

5ª. Por último, aunque tomando las precauciones que van indicadas, este método de tratamiento ofrece relativamente poco peligro, para el especialista diestro en las maniobras uterinas, no por eso dejará de ser un procedimiento arriesgado para el médico en general, si carece de tal habilidad, y emplea instrumentos no del todo adecuados al objeto.

La cuchareta.—Dijimos, al ocuparnos de la patología de la endometritis del cuerpo, que con el tiempo se desarrollan en la mucosa enferma fungosidades, quistes y pólipos mucosos: pues bien, estos estados secundarios dan lugar frecuentemente á la metrorragia ó la menorragia. La aplicacion suave de la cuchareta pequeña de cobre, sin corte, no sólo destruye estas escrecencias, sino que, practicada con la perfeccion debida, determina en la superficie toda de la mucosa un cambio que no pocas veces contribuye en gran manera al alivio de la enfermedad. Es particularmente aplicable en los casos de endometritis que sobrevienen durante la subinvolucion, y van acompañados de hemorragias.

Escarificacion intra-uterina.[1]—Consiste esta en incindir los vasos sanguíneos de la mucosa enferma, con un cuchillo muy pequeño, envainado en un mango parecido á la sonda uterina en la forma y el tamaño. Introducido el instrumento en la cavidad del cuerpo de la matriz, se hace salir el cuchillo por medio de un tornillo que hay en el mango, y tirando ligeramente de este hácia abajo, se practica una incision que interesa los tejidos mucoso y submucoso. Para este objeto, el instrumento del Dr. Pinkham, de Boston, es muy sencillo y eficaz. Esta via me es poco conocida, y no sé que ningun ginecólogo de Nueva York la siga; pero su autor, el Dr. Storer, de Boston, me afirma que lo usa con mucha frecuencia, y que da los mejores resultados. La esperiencia de estos señores basta para demostrar que el método no ofrece peligros y que es digno de la atencion y confianza de los ginecólogos.

[1] El tomo 1° del "Journal of the Gynecological Society of Boston" contiene una interesante memoria sobre esta materia.

CAPÍTULO XVI.

HIPERPLASIA AREOLAR DE LA MATRIZ—METRITIS PARENQUIMATOSA CRÓNICA, SEGUN OTROS AUTORES.

Definicion y nomenclatura.—Vamos á describir, en los términos mas breves que nos sea posible, uno de los cuadros patológicos que con mayor frecuencia se ofrecen á la observacion del ginecólogo.

Cuando una enferma se halla afectada del mal de que tratamos, se queja de dolores en la espalda y en la region pelviana; siente tirantez en los lomos, dolores espulsivos y pulsativos en la matriz, irritacion en la vejiga y en el recto, malestar general, debilidad, y abatimiento de ánimo; además, padece leucorrea y desarreglos menstruales, que generalmente se manifiestan por flujos excesivos. Una vez observados todos estos signos racionales, que indican como probable la afeccion del útero, se hallarán, á favor de la exploracion, los siguientes síntomas: En la mayoría de los casos, hay descenso, retroversion ó anteversion y aumento de volúmen de la matriz, á la par que este órgano se presenta blando, sensible al tacto, y en estado de ingurgitacion sanguínea; flujo de materias leucorréicas por el conducto del cuello; hiperestesia del fondo del útero escitada por el contacto de la tienta, el cual produce tambien un ligero derrame de sangre; degeneracion granular ó quística del cuello, en frecuentes casos; vaginitis, aunque poco intensa.

Los que sin el detenimiento debido hicieren el exámen del cuadro sintomatológico que hemos descrito, podrán formular un diagnóstico equivocado, sobre todo si, desatendiendo lo que pueda indicar el conjunto de los síntomas, tomaren uno de estos por objeto principal, ya que no exclusivo, de su observacion, en cuyo caso podrían juzgar que sólo existia un catarro uterino, una ulceracion en el cuello, ó retroversion, ó prolapso; al paso que otros mas juiciosos, considerando lo que significan todos los efectos morbosos reunidos que hemos enumerado, dirán que la enfermedad en cuestion es "metritis crónica," aserto que hallaría muy numerosos defensores, por cuanto se funda en lo que, desde los tiempos de Récamier, han sostenido los autores mas acreditados en

las escuelas establecidas, quienes denominaron "metritis parenquimatosa crónica" al estado morboso del útero que afecta los caractéres descritos. Los patólogos de la escuela alemana han sido los primeros que, en época muy reciente, han discutido acerca de la validez de esta proposicion, admitida primeramente en Francia, y despues en Inglaterra y en América, merced á los escritos del Dr. Henry Bennet.

Hé aquí los cambios patológicos que se observan durante el curso de la enfermedad de que nos ocupamos, segun la opinion de los autores á que nos hemos referido ántes. El parénquima de la matriz, decian, se halla ingurgitado y en estado de congestion activa, en el primer período del mal ; en el segundo, caracterizado por una infiltracion serosa, cesa la accion morbosa, ó mas bien se detiene su desarrollo progresivo, á la inversa de lo que se observa en otras regiones, y permanece estacionaria por algun tiempo, á ménos que su estado se modifique bajo la influencia del tratamiento ; y, el tercero, que en otros puntos afectos, presenta como fenómeno característico la supuracion, opinaban que rara vez se presenta en el parénquima del cuerpo, sino que cesa despues de algun tiempo el desarrollo inflamatorio, quedando indurado, insensible y aumentado de volúmen el cuello, miéntras que otras veces se reabsorbe el humor seroso y disminuye el volúmen de dicha parte, que tambien queda indurada. Si en realidad sucediese así, el estado patológico á que aludimos constituiría una inflamacion propiamente dicha, aun cuando usásemos esta palabra ambigua en tan estricto sentido como el que le atribuye el Dr. J. Hughes Bennett, al decir que : "solo debe significar aquella alteracion viciosa de los tejidos vasculares que produce exudacion del plasma de la sangre, y que esta exudacion por sí es lo único que caracteriza, sin dejar lugar á dudas, al estado inflamatorio."

Observaciones practicadas mas recientemente, á favor de procedimientos ménos teóricos é inseguros de la ciencia moderna, han hecho que se consideren erróneas las doctrinas de aquellos autores, pues el microscopio ha servido para descubrir que, en casos tenidos en otro tiempo por flegmasías, porque manifestaban aumento de volúmen, congestion y sensibilidad á la presion, había excesivo crecimiento del tejido conjuntivo de la matriz, acompañado de congestion y de hiperestesia de los nervios uterinos.

Tres accidentes patológicos en un todo distintos pueden determinar este estado del mal, á saber : 1°, la interrupcion al estarse verificando la metamórfosis retrógrada puerperal del útero, cualquiera que sea la causa que la produzca ; 2°, la congestion sostenida durante largo tiempo por causa mecánica, tal como una dislocacion ; 3°, irritacion formativa, ó estado de hipernutricion excitado por una endometritis ó por la presencia de tumores fibrosos. Pero sea cual fuere el estado patológico que haya ocasionado el mal de que estamos tratando, este consiste en la hiperplasia del tejido conjuntivo, como síntoma predominante, cuyos

compañeros importantes, la congestion y la hiperestesia, no deben perderse de vista.

Sabemos que autores distinguidos, y que en sus escritos manifiestan tendencias progresivas, usan todavía el nombre "inflamacion crónica" para designar la hiperemia que da lugar á la hipergénesis ó hipertrofia del tejido conjuntivo; pero no es esta en modo alguno la significacion que de ordinario se atribuye á aquel término; y bien puede decirse que las palabras "metritis crónica," aplicadas al caso, ofrecen tanta vaguedad y son tan poco satisfactorias, que no se sabe cuál pueda ser la idea que con ellas se proponga expresar quien las use. Solo habiendo experimentado, en los estudios y en la práctica, la incertidumbre y perplejidad ocasionadas de continuo por esta denominacion, puede apreciarse cual corresponde el sentimiento que indujera á dos patólogos célebres, Andral, y J. Hughes Bennett, á proponer que se borrase de nuestra nomenclatura la palabra "inflamacion." Un autor distinguido de Nueva York ha dicho: "La entidad *inflamacion*, caida de la gloriosa eminencia que ocupaba, apénas es considerada ya como factor patogénico en la mayoría de los órganos del cuerpo, aunque, segun parece, ha encontrado seguro y último asilo en la matriz. ¿Y qué razon hay para que la patología uterina sea el único ramo de la ciencia destinado á luchar con el obstáculo que le opone una teoría tan gastada?"

No es completamente exacto que esta doctrina patológica haya tenido orígen en Francia, porque, si bien los trabajos de Récamier dieron nuevo impulso á las investigaciones ginecológicas y establecieron aquella doctrina, la teoría de la inflamacion parenquimatosa en la forma que ántes se explicaba es tan antigua como la misma ciencia médica; y hemos de consignar, á título de comentario, que en la época presente, cuando mayores adelantos alcanzan los conocimientos científicos, la citada teoría, no solo sigue ocasionando dudas é incertidumbres, sino que tambien es motivo para disidencias y discusiones entre los prácticos, quienes se dividen en sectas y partidos, contra lo que conviene al bien comun. "Es de lamentarse," observaba el Profesor Hodge, "que haya diversidad de opiniones acerca del tratamiento de enfermedades tan aflictivas;" y Meredith Clymer dice: "No podemos ménos de creer que en dia no lejano se volverá á considerar esta importante cuestion, á examinarla con imparcialidad, desechando todo espíritu dogmático, toda preocupacion y fórmula tradicional; y que las diferencias que hoy existen, miradas bajo otro prisma, y de conformidad con lo que requiere un conocimiento mas perfecto de las leyes de la vida humana, desaparecerán, conciliándose las opiniones, sin que jamas vuelvan á proferirse frases de enojo inspiradas por el antagonismo."

En los escritos mas modernos que favorecen el adelanto de la ginecología, se advierte el comienzo de un cambio beneficioso á la ciencia, en lo que se refiere al asunto de que ahora tratámos. Dice el Dr. H. G. Wright, en sus citas del Dr. Aitken, que "debe distinguirse la afluen-

cia de sangre caracterizada por la dilatacion de las arterias y mayor aflujo sanguíneo á los vasos capilares de la parte afecta, de la congestion inflamatoria, la cual consiste en la acumulacion y estancacion de glóbulos rojos y blancos, que tienden á contraer adherencias entre sí y con los mismos vasos;"[1] y el Dr. Graily Hewitt[2] afirma que "segun esa regla, (la del Dr. Hughes Bennett á quien hemos citado ántes,) la matriz es en verdad muy poco susceptible de inflamacion, por cuanto rara vez se halla en el parénquima del útero la exudacion y las trasformaciones purulentas, ó de otra naturaleza, que experimenta el líquido exudado, á semejanza de lo que se observa en otros órganos. Los trabajos morbosos que mejor conocemos, y que ejercen su accion en los tejidos de la matriz, suelen producir principalmente alteraciones é irregularidades de crecimiento, en fin, modificaciones ligeras, de los fenómenos que se suceden en el órden natural de las cosas. El nombre *inflamacion*, en el sentido en que lo usa el Dr. J. Hughes Bennett, no expresa con propiedad las alteraciones observadas en las circunstancias antedichas." "La llamada induracion, dice Klob,[3] hasta ahora tenida por resultado de la flogosis parenquimatosa del útero, consiste en un crecimiento difuso del tejido conjuntivo. . . . Recomendaría así mismo, por las razones espuestas, que se dejara de usar el término *inflamacion crónica.* En una controversia[4] sobre la metritis crónica, habida en la Academia de Medicina de Nueva York, el Dr. Noeggerath limitó la enfermedad á *un crecimiento del tejido celular del cuello y del cuerpo, que ocurre sólo durante el estado puerperal;* el Dr. Peaslee propuso que á la afeccion objeto de la discusion se la designase con el nombre de *congestion, en lugar de inflamacion, porque no presenta ninguno de los fenómenos de esta última;* y el Dr. Kammerer opinó que *nunca se observa la inflamacion crónica del parénquima en el útero no puerperal, siendo lo que como tal se ha descrito, una hipertrofia del tejido conjuntivo determinada por una hiperemia de larga duracion.*

Estas hipótesis que rápidamente van ganando terreno entre los ginecólogos mas caracterizados, no son sostenibles por el razonamiento analógico, pero sí por la demostracion anatómica. Nada hay, que yo sepa, mas á propósito para convencer al lector de la necesidad de un cambio en nuestra nomenclatura respecto de esta condicion, que la lectura del capítulo que en su obra dedica Scanzoni[5] á la *Inflamacion parenquimatosa crónica de la Matriz.* "Bajo el punto de vista anatómico, dice, se consideraría entónces esta enfermedad como una hipertrofia del tejido celular." El *punto de vista anatómico* es, á no dudarlo, importante, y está de acuerdo con el resultado de nuestras observaciones clínicas.

El uso del término *metritis crónica* ha dado lugar á tan malas con-

[1] Uterine Disorders, p. 218.
[2] Diseases of Women, p. 363.
[3] Obra cit., p. 129.
[4] Med. Record, No. 92, p. 475.
[5] Diseases of Females, ed. am., p. 181.

secuencias, así en patología como en terapéutica; y háse demostrado tan á las claras que la condicion que se designa con ese nombre no es una verdadera flegmasía, que un cambio de nomenclatura en esta parte es no sólo de desear, sino del todo indispensable. Es innegable que hay un estado peculiar que afecta la matriz y está caracterizado por la distension de los vasos, debida á alguna causa mecánica ó vital, por la trasudacion del plasma sanguíneo, y por la hipergénesis del tejido conjuntivo. Hace mucho tiempo que en el vocabulario ginecológico se siente la falta de un nombre para designar este estado; pues la nomenclatura médica es tan necesaria como defectuosa. Que Lisfranc, Hodge, y Bennet han reconocido esa falta, lo demuestran la denominacion de *ingurgitacion*, dada por el primero á la afeccion de que nos ocupamos, la de *útero irritable*, por el segundo, y la de *metritis*, por el tercero; pudiendo citarse otros todavía, como, por ejemplo, Klob, con su *hiperemia habitual*, y su *proliferacion difusa del tejido conjuntivo*, y Kiwisch, con su *infarto*.

Las denominaciones de *infarto*, *ingurgitacion*, é *hiperemia* no se pueden aceptar, porque sólo indican uno de los elementos de la enfermedad, es decir, la congestion; miéntras que la de *útero irritable*, sin dar á entender ningun cambio de estructura, señala únicamente la hiperestesia nerviosa. Por lo que hace á la frase de Klob: *proliferacion difusa del tejido conjuntivo debida á la hiperemia*, si bien denota claramente el estado patológico, es demasiado larga y pesada para poder servir de nombre convencional. Si existe actualmente un término que dé una idea cabal y verdadera de la condicion que venimos estudiando, es claro que debe preferirse ese término á una denominacion nueva: así lo requieren los intereses de la patología y de la terapéutica, no ménos que la conveniencia de no aumentar las dificultades, harto numerosas ya, de la tarea de los que han de estudiar la nomenclatura médica. Virchow ha llamado *hiperplasia*, al aumento de volúmen de un órgano por la formacion de nuevas células, semejantes á las del tejido en que se desarrollan, para distinguirla de la *hipertrofia*, que consiste en el aumento de volúmen debido á la distension de las células que ya existen. Por cuanto la lesion uterina de que estamos tratando es determinada por la sobrescitacion de los nervios vaso-motores y escito-nutritivos, ó la *irritacion formativa*, segun Klob, y da por resultado una hipertrofia numérica, soy de parecer que la denominacion de *hiperplasia areolar* le conviene mas que otra ninguna de las que conocemos. Animado, pues, del sincero deseo de disminuir, en vez de acrecentar, los trabajos del estudiante y las incertidumbres del ginecólogo, sustituiré al término equívoco de *metritis crónica* el de *hiperplasia areolar de la matriz.*

No pretendo que este nombre sea perfecto. No dejará de parecer estraño al que no esté acostumbrado á su uso; pero mi deseo se reduce simplemente á que se le considere con indulgencia, por indicar con

exactitud la lesion á que lo aplico, y atendida la urgencia de adoptar una denominacion que ofrezca esa ventaja.

El autor de un juicio crítico[1] bastante concienzudo de la tercera edicion de esta obra, dice que de este nombre "despréndese que la hipertrofia se limita á los elementos del tejido conjuntivo, con esclusion del elemento muscular, en el cual mas fácilmente se provoca el crecimiento excesivo. Al paso que no negamos que en la enfermedad en cuestion hay hiperplasia del tejido conjuntivo, ó si se quiere de elementos no musculares, no podemos ménos de manifestar nuestra conviccion que hay tambien aumento de los elementos musculares concomitante." Esta objecion parece á primera vista muy válida; mas creo que aun su mismo autor, si examinara con mas detenimiento las ideas de los patólogos, convendría en que estos consideran la proliferacion del tejido areolar como el rasgo característico constante ó en alto grado predominante de este estado morboso, y el crecimiento muscular sólo como concomitante de muy poca importancia.

Me es imposible, por razones obvias, hacer numerosas citas en apoyo de mi teoría, y por lo tanto me limito á la observacion del Profesor Klob,[2] quien se espresa en estos términos: "Obsérvase á veces la proliferacion de todo el tejido conjuntivo del útero, ó sin aumento simultáneo de la sustancia muscular, ó si este existe, el predominio del tejido conjuntivo es tal, que la sustancia muscular es comparativamente insignificante."

Es lo cierto que, si bien la mayoría de los que han estudiado este asunto, han observado, como Klob, y Scanzoni, una gran preponderancia del tejido conjuntivo, con aumento insignificante de los elementos musculares, hay asimismo quien asegura que existe notable hipertrofia de la estructura muscular. Esta divergencia de pareceres en parte proviene de ser la involucion interrumpida del útero puerperal la causa mas frecuente de la hiperplasia areolar, ó la llamada metritis crónica, con cuyo nombre suele designarse, andando el tiempo, á una lesion que empezó por ser subinvolucion. El exámen practicado poco despues de desarrollada la enfermedad, revelará tal vez mayor cantidad de elementos musculares que el que se hace mas tarde; y téngase presente que, con una sola escepcion,[3] ninguno de los autores de la Europa continental reconoce la subinvolucion como enfermedad distinta de la que Chomel llama metritis post-puerperal. Así es como pongo de acuerdo las investigaciones de Klob, ya citado, con las de Finn,[4] el cual cita las siguientes observaciones hechas en el Instituto de Anatomía Patológica, de San Petersburgo.

[1] Brit. and Foreign Medico-Chirurgical Rev. Enero, de 1873.

[2] El traductor americano de la obra de Klob padece error en esta parte, y nos asegura el Dr. Kammerer que el verdadero sentido del pasaje es el que trascribimos aquí.

[3] M. Courty.

[4] Am. Journ. Obstet., vol. i., p. 264.

"1ª. No se verifica cambio alguno en la disposicion normal de la fibra ni de la masa muscular.

"2ª. Las fibras musculares no cambian de naturaleza, ni su degeneracion grasosa es signo patognomónico de esta enfermedad.

"3ª. La longitud y latitud de las fibras musculares se hallan siempre aumentadas, especialmente la primera.

"4ª. Obsérvase siempre notable aumento del número de fibras.

"5ª. En el período último de la enfermedad, hállase siempre relativamente disminuida, pero absolutamente aumentada, la cantidad de tejido conjuntivo; de suerte que el aumento de volúmen de la matriz se debe principalmente á la hiperplasia de las fibras musculares, y muy poco á la del tejido conjuntivo."

Si el mal consiste realmente en una proliferacion ó hipertrofia del tejido areolar ó conjuntivo de la matriz, y no en una flegmasía crónica, es claro que sería ventajoso darle un nombre que significase esa circunstancia. El de *hiperplasia areolar*[1] la espresa concisamente, y en tal concepto lo he adoptado. Mas la única prueba de la conveniencia de un nombre nuevo es la generalizacion de su uso; y si se ve aceptado el que propongo aquí, será señal de que no ha sido vano mi intento; en el caso contrario, veré con sentimiento que sólo ha contribuido á aumentar la confusion.

Patología de la hiperplasia areolar.—En la gran mayoría de los casos se debe á la interrupcion de la metamórfosis retrógrada que tiene lugar en el útero puerperal, y que se llama involucion. Para poder comprender la patología de los casos que se originan de este modo, es menester estudiar la fisiología de aquel proceso, así como las condiciones fisiológicas á que este se halla subordinado.

Sólo en el último cuarto de siglo hemos podido comprender cómo, en el breve espacio de nueve meses, un órgano de ocho centímetros escasos toma la capacidad suficiente para contener una, dos y aun tres criaturas, y esperimenta luego, en ménos de dos meses despues del parto, una absorcion tan rápida que le permite volver á sus dimensiones primitivas. A Virchow, Franz Kilian, Heschl, Köller, y Retzius mas que á otro ninguno, somos deudores por el esclarecimiento de este fenómeno; de modo que el honor pertenece principalmente á Alemania.

El primero que llamó de un modo especial la atencion de los médicos sobre el importante hecho patológico, de que la interrupcion de ese proceso constituye un elemento de enfermedad, fué Sir James Simpson, en un artículo[2] que dió á luz en 1852.

Para apreciar cual corresponde esta parte de nuestro asunto, es necesario tener presentes los cinco elementos de que consta el parénquima uterino en estado de salud: 1º, Células fibrosas fusiformes, ó como mas

[1] Hipertrofia quiere decir crecimiento escesivo de los elementos primitivos de un tejido; hiperplasia significa el desarrollo de nuevas formaciones.

[2] "Morbid Deficiency and Morbid Excess in the Involution of the Uterus after Delivery."

comunmente se llaman, fibras musculares lisas ; 2°, Núcleos redondos ú ovóideos, que se supone son células fibrosas fusiformes elementales ; 3°, Tejido conjuntivo amorfo ú homogéneo, que llena los insterstícios del parénquima, sirviendo de medio de union entre las células fibrosas y los núcleos ; 4°, Tejido conjuntivo fibrilar, ó tejido fibroso blanco ; 5°, Tejido fibroso elástico. Estos elementos junto con los nervios y los vasos sanguíneos y linfáticos forman la testura de la matriz, estando cubierta esta esteriormente de una capa serosa y tapizada interiormente por una membrana mucosa.

Esta estructura, apénas se ha dejado sentir en ella el estímulo de la concepcion, cuando empieza á desarrollarse con rapidez, debiéndose tal desarrollo, en parte al crecimiento de las testuras primitivas, y en parte á nuevas formaciones. Los núcleos redondos ú ovóideos se trasforman rápidamente en células fusiformes, y estas con igual presteza, en células colosales cuya longitud y potencia aumentan á medida que avanza el embarazo. "Verifícase tambien una nueva formacion de fibras musculares ;[1] los elementos del tejido conjuntivo crecen proporcionalmente, y dilátanse los vasos sanguíneos.

Efectuado el parto, casi inmediatamente empieza una evolucion retrógrada por medio de la cual el útero vuelve á sus dimensiones primitivas. Las fibras completamente desarrolladas esperimentan una trasformacion grasosa ; la grasa así formada es reabsorbida, y van disminuyendo rápidamente el peso y volúmen del órgano. La degeneracion grasosa ocurre pasado el cuarto dia despues del parto, y durante la cuarta semana se manifiesta, segun Heschl, el principio de una nueva formacion de fibras musculares, en forma de núcleos y células fusiformes. El útero se halla nuevamente en su estado ordinario al fin de la octava semana.

La marcha de este proceso puede ser retardada ó interrumpida por ciertas influencias adversas ; la matriz permanece floja y acrecentada en volúmen, diciéndose entónces que se halla en estado de subinvolucion, ó interrupcion de la evolucion retrógrada.

Hasta ahora hemos venido considerando hechos perfectamente comprobados por las investigaciones histológicas, y á favor del microscopio ; pero bajo todos los demas puntos de vista son mucho ménos satisfactorios los conocimientos que sobre la patología de la involucion poseemos. El Profesor Simpson ha dicho que la enfermedad se debe á que dicha metamórfosis retrógrada del útero ó no ha tenido lugar durante el mes puerperal, ó sólo se ha verificado parcialmente, en términos que la matriz conserva las dimensiones que generalmente tiene al fin del primer septenario despues del parto ; pero si he de juzgar por el tomo póstumo de su obra sobre las *Enfermedades de las Mujeres*, no ha entrado en consideraciones minuciosas acerca del defecto patológico existente en el órgano. Desde los tiempos en que él escribió, parece que los

[1] Arthur Farre, Cyc. Anat. and Phys., artículo "Utero."

ginecólogos han convenido generalmente en atribuir ese defecto á que se mantienen en estado de trasformacion grasosa las fibras musculares características del embarazo. Así dice el Dr. Wright,[1] que, "patológicamente, tiene mucha analogía con el estado de la estructura cardíaca tan admirablemente descrito por el Dr. Richard Quain, y que se llama comunmente degeneracion grasosa." El Dr. West[2] se espresa en estos términos: "Aunque se verifica la trasformacion grasosa de los tejidos, la eliminacion del material inútil no se lleva á cabo de una manera perfecta, y los elementos mismos del nuevo útero sufren igual alteracion apénas producidos." En vano busco la comprobacion de tales hipótesis en la literatura, harto escasa todavía, de la patología uterina; así, no podremos hablar inteligentemente sobre este asunto miéntras no venga á esclarecerlo la luz de nuevas investigaciones: pasaron ya los tiempos en que los patólogos aceptaban probabilidades por hechos.

La mejor, y aun puede decirse la única relacion minuciosa del exámen microscópico de la enfermedad en cuestion, es la que se debe al Dr. Snow Beck,[3] de Lóndres. "El aumento de volúmen, dice, dependía, no tanto de la hipertrofia de las células fibrosas contráctiles, como del aumento de cantidad de glóbulos redondos y ovóideos y de tejido amorfo en las paredes uterinas. . . . El estado esencial del órgano consistía en que los elementos de los distintos tejidos conservaban en cierto grado la hipertrofia natural consecutiva á la fecundacion. Mas esa hipertrofia, mas bien que al aumento de volúmen de las células fibrosas contráctiles, era debida al aumento de volúmen y de cantidad de tejido blando presente en las paredes, como tambien en la superficie interna de la matriz." Existía una congestion marcada, y los vasos, dilatados, formaban un sistema completo y continuo con la red capilar en la superficie interna del órgano; pero en todo el relacto se encuentra la menor alusion á la preponderancia de las fibras musculares, ni mencion alguna de haberse observado la trasformacion grasosa.

El estado de la cavidad uterina es importante. Siempre hay aumento de dimension, las glándulas del cuello se hallan por lo regular aumentadas de volúmen, desarrollándose comunmente escrecencias fungosas en el tapiz mucoso de la cavidad.

Hé ahí cuanto puede afirmarse, atendido el estado actual de la ciencia, acerca de la patología de la subinvolucion, en sus primeros períodos.

La matriz cuyos tejidos fueron examinados por el Dr. Beck tenía $3\frac{1}{2}$ pulgadas de largo, y $2\frac{1}{4}$ de ancho en el fondo; las paredes tenian $1\frac{3}{8}$ de espesor, y el canal uterino, 3 de profundidad.

Andando el tiempo, disminuye el tamaño de las paredes del útero y la vascularidad de sus tejidos, los vases se contraen, y la cavidad de la matriz toma menores dimensiones; pero no vuelve el órgano á su

[1] Uterine Disorders, p. 221.
[2] Dis. of Women. Tercera ed. inglesa, p. 89.
[3] London Obstetrical Trans., vol. xiii., p. 239.

volúmen primitivo, sino continúa grande, denso, firme y sensible, presentando durante años el aspecto característico de la llamada metritis parenquimatosa crónica. El Dr. West,[1] si bien desenvolviendo una hipótesis muy distinta acerca de la patología de la metritis crónica, señala casi el mismo hecho cuando dice, que "Es evidente, sin embargo, que disipada la flegmasía, sus resultados pueden persistir, manifestándose en el agrandamiento y el cambio de estructura del útero, siendo tal la naturaleza misma de estos cambios que hace poco probable ó, cuando ménos, muy difícil la reparacion del órgano comprometido, y debe dejarlo en un estado sumamente fácil de agravar durante la fluctuacion circulatoria y las alternativas de actividad y reposo á que está sujeto el sistema sexual de la mujer." Tal es precisamente el estado á que he aludido al principio de este capítulo : estado que, persistiendo por años despues del parto, y acompañado de hiperemia, dislocacion, catarro y degeneracion granulosa, se llama metritis crónica. Tal es, en mi sentir, el estado en que mas frecuentemente se descubren, á favor del microscopio, señales de hiperplasia areolar.

Obsérvese atenta y pacientemente durante uno ó dos años, como yo lo he hecho mas de una vez, un caso de subinvolucion, notando el órden de sucesion de los fenómenos característicos de aquella, y se verá, á no dudarlo, los mismos hechos que me han afirmado en la conviccion que hoy tengo. Por último, es preciso recordar que la escuela francesa no admite la posibilidad de que la afeccion en cuestion pueda ser determinada por ninguna interrupcion de desarrollo, designando con el nombre de *metritis post-puerperal*, ó de metritis sin síntomas, *chronique d'emblée*,[2] las alteraciones producidas de ese modo.

Si alguno se empeña en que no se ha de confundir el estado de que venimos tratando con la metritis crónica, que me diga por qué medio se puedan distinguir una de otra á la cabecera de la enferma, y puede ser que le conceda razon. No es posible establecer, por medio alguno, semejante diagnóstico diferencial. Subinvolucion es el nombre que dan los autores ingleses al caso en que el útero de la mujer recien parida se ve muy aumentado de volúmen ; llamándolo metritis crónica, si, años despues del parto, han disminuido algun tanto las dimensiones del órgano, y hay leucorrea, degeneracion granulosa y dislocacion, compañeros inseparables de este estado.

Como quiera que la interrupcion de la metamórfosis retrógrada de la matriz puerperal, sobre ser frecuentísima, es la causa principal de todas las afecciones crónicas de aquel órgano, no se puede ponderar demasiado su importancia ; y miéntras no se tenga en cuenta cual corresponde este hecho, seguirá subsistiendo la oscuridad en que, con detrimento de la ginecología, se hallan hoy envueltas las causas, patología y característicos generales de la metritis crónica.

[1] Ob. cit., p. 89.

[2] Gallard, ob. cit., p. 372.

Por regla muy general, la hiperplasia, llamada metritis crónica, resulta de la subinvolucion. No de otra suerte se esplica que tantas mujeres afectadas de lesiones uterinas, atribuyen estas á la gestacion, y que tantas que gozaban cabal salud ántes de su primer alumbramiento, han quedado despues enfermizas. Remóntese al orígen de todos los casos de enfermedad uterina, y se verá que los mas de ellos datan de la parturicion. Casos eran, casi todos, de hiperplasia ó de subinvolucion aquellos en que veia Lisfranc sus *ingurgitaciones*, y que Jobert *fundía* por el cauterio actual; y lo son centenares de los que, tomados por de metritis parenquimatosa, se tratan hoy con fuertes cáusticos. Puede preguntarse si yo mismo no recurro en estos casos á los vejigatorios, á las sanguijuelas, y aun á la amputacion del cuello uterino. El elemento que da pábulo á la enfermedad es la afluencia escesiva de sangre: disminuir esa afluencia, es cortar de raíz el mal. En la hiperplasia, empleo una ligera vesicacion, á fin de que ejerza una influencia alterante sobre los nervios; y las sanguijuelas, como las emplearía en cualquiera otra region, para combatir la hiperemia; y la amputacion del cuello, la practico, como practicaría la de las amígdalas hipertrofiadas; pero jamas trato la hiperplasia como una flegmasía.

Si no doy punto aquí á este asunto, es porque lo considero como uno de los mas importantes de toda la patología uterina. Que una forma particular de la llamada metritis crónica depende de un trastorno de la involucion, lo han reconocido los mismos escritores parisienses, los cuales, mas que otros ningunos, se aferran á la teoría de la inflamacion crónica. Gallard[1] dice que "el principio de la metritis crónica es tan insidioso, que muchas veces es difícil determinar cuándo tuvo lugar en cada caso particular. Son tan raros los casos de verdadera metritis aguda que, perpetuándose, terminen en la forma crónica, que se admite generalmente que la afeccion es, hasta cierto punto, crónica desde su orígen. Con todo, soy de parecer que la trasformacion de la forma aguda en crónica es mas frecuente de lo que cree la mayor parte de los autores. . . . Aran, despues de haberlo negado, se vió obligado á reconocer que la metritis aguda consecutiva al parto, es orígen casi siempre de la metritis crónica. El período agudo muchas veces pasa desapercibido entre las consecuencias del parto, apénas caracterizadas por ligeros movimientos febriles que no dan lugar á la menor sospecha de inflamacion del útero, toda vez que no vengan acompañados de los síntomas alarmantes tan característicos de la metritis puerperal. He aquí el estado que la inteligencia eminentemente juiciosa y práctica de Chomel tuvo que distinguir de la grave afeccion últimamente mencionada, dándole el nombre especial de metritis *post-puerperal*. . . . Esta flegmasía, que sorprende á la matriz ántes que el proceso de involucion, por cuyo medio vuelve á sus dimensiones primitivas, haya terminado, en-

[1] Leçons Cliniques sur les Mal. des Femmes, p. 372.

cuentra en los rasgos histológicos de este órgano las condiciones mas favorables para su desarrollo, perpetuacion y paso al estado crónico."

Si se lee este estracto teniendo presente la clave que propongo, se comprenderá cómo del parto proviene insidiosamente una condicion, que, si bien carece de los síntomas de flegmasía, termina, sin embargo, en lo que generalmente se llama metritis crónica ; cómo un estado debido al parto, difiere tan notablemente de la metritis puerperal ordinaria, que se hace indispensable darle una denominacion distintiva ; cómo la metritis parece principiar en la forma crónica ; cómo Aran descubre en esta lesion aguda, oculta y que no se deja sentir, el "orígen del mayor número de casos de metritis crónica ;" y cómo M. Gallard, á pesar de la oscuridad de los síntomas iniciales, se ve precisado á creer que la enfermedad crónica viene en pos de una metritis puerperal aguda, cuyo desarrollo pasó desapercibido en medio de los fenómenos consecutivos al parto. La supuesta metritis aguda, desprovista de manifestaciones características, que se ha evocado para apoyar una hipótesis insostenible, ha sido en realidad la interrupcion de la metamórfosis retrógrada ; la metritis crónica descubierta mas adelante en completo desarrollo, y que, atendido su principio tan oscuro, ha debido ser "*chronique d'emblée*,"[1] ha sido la misma condicion á punto de trasformarse, ó trasformada ya en hiperplasia areolar. Ya las fibras musculares del útero en lento retroceso, han desaparecido en gran parte ; pero la exuberancia de tejido conjuntivo continúa, y el órgano se halla todavía aumentado de volúmen y peso, tumefacto, y sensible.

Comparadas con el trastorno de la involucion, las demas influencias patológicas vienen á ser insignificantes, en punto á las causas de este estado morboso, aunque no deben perderse de vista completamente. El tejido uterino presenta una estructura ménos favorable al desarrollo de esta enfermedad ántes que despues del primer embarazo.

La dislocacion de la matriz produce primero una congestion pasiva, que, persistiendo, da lugar á la hipergénesis del tejido conjuntivo. Los cuerpos fibrosos, ora nazcan debajo de la membrana mucosa, de la serosa, ó en la sustancia misma del útero, mantienen una irritacion nerviosa continua que produce la hiperemia, primer elemento de la alteracion de que estamos tratando. Rouget,[2] en una memoria muy importante, prueba que la matriz es un órgano eréctil provisto de una red de vasos tan abundante como la que siempre se encuentra en semejantes órganos, y muy sujeto á la congestion fisiológica. Es inconcuso que la ovulacion produce esta especie de hiperemia, y muy probable que el acto sexual dé el mismo resultado. De lo dicho se infiere cómo pueden producir consecuencias perjudiciales el *molimen menstruationis* y el

[1] Gallard, ob. cit.

[2] Recherches sur les Organes érectiles de la Femme.

abuso del cóito, especialmente cuando se aproximan las épocas menstruales.[1]

Las enfermedades del corazon y los tumores abdominales, que, estorbando el retorno venoso por la vena cava, determinan éstasis sanguíneo y edemas de las estremidades, de los grandes labios y de las partes adyacentes á la vagina, producen igual resultado en el útero. Klob[2] asegura que esta hiperemia puramente pasiva es capaz de causar la hipernutricion é hipertrofia del tejido conjuntivo.

Hemos dicho ya que la hiperemia de que va acompañada la endometritis aguda, suele propagarse á las capas del parénquima inmediatamente debajo de la mucosa enferma, existiendo á menudo en la endometritis crónica una verdadera hipertrofia del tejido conjuntivo submucoso. En algunos casos el proceso morboso termina en una proliferacion difusa de todo el tejido conjuntivo de la pared uterina; así es que á veces se observa la hiperplasia areolar del cuello como resultado de la endometritis cervical, y lo mismo sucede cuando la cavidad del cuerpo es el asiento de la flegmasía.

Como dejamos dicho, la endometritis continúa durante mucho tiempo sin escitar la hiperplasia, si el parénquima uterino no ha esperimentado jamas la hipertrofia fisiológica y metamórfosis retrógrada determinadas por la gestacion; pero despues de esos fenómenos la testura uterina, mas floja y permeable, se presenta mas accesible á la invasion del proceso mórbido. Así vemos durar la endometritis cervical por tiempo indefinido en las nulíparas sin producir hipertrofia apreciable de la estructura del cuello; miéntras que este resultado no tarda en manifestarse en las mujeres que han tenido hijos. Este hecho no ha sido objeto de especial mencion, y, sin embargo, es cosa que todo médico ha de reconocer al llamársele la atencion sobre ella. En estas circunstancias la hipertrofia no es precisamente consecutiva al parto: este ha sido la causa predisponente, y la endometritis la causa escitante.

El Dr. West relata un ejemplo muy notable de esta alteracion debido á causas de carácter no puerperal, y las observaciones de este autor parece haberle hecho adoptar conclusiones idénticas á las mias. "Hace algun tiempo, dice, ví á una señora de cuarenta y tres años de edad, que durante trece de matrimonio nunca se había hallado embarazada. La menstruacion siempre habia sido dolorosa y algo abundante, cuyos inconvenientes poco á poco habian ido empeorando, particularmente desde hacía algunos meses. Se quejaba de pesadez, y de tirantez en cuanto trataba de andar, y aun si permanecía mucho tiempo sentada. . . . Durante el flujo menstrual, muy abundante y acompañado de la espulsion de coágulos, repetíanse á intervalos irregulares los mas violentos accesos de dolores uterinos. La matriz hipertrofiada perci-

[1] Scanzoni dice que de esto se encuentran ejemplos en las prostitutas.
[2] Obra cit., p. 130.

bíase patentemente por medio de la palpacion, mas arriba de la sínfisis pubiana, del tamaño del puño, y á favor del tacto vaginal se descubría el órgano muy aumentado de volúmen en todas sus partes, y de mayor peso que de ordinario ; el cuello, grande é hipertrofiado, pero no indurado ; el orificio uterino, pequeño y redondo, y el hímen, entero." "El útero, añade, aumenta de volúmen cuando se halla espuesto á una irritacion estraordinaria, sin que esto sea consecuencia necesaria ni, creo yo, general, de la flegmasía, sino porque el órgano está compuesto de un material formativo cuyo desarrollo activo obedece á toda especie de escitacion.

En el primer período de la enfermedad hay congestion del tejido areolar hipertrofiado, el que contiene mucha mas sangre que lo normal, hallándose notablemente aumentada de peso y volúmen toda la region enferma, sea el cuello, el cuerpo, ó el órgano todo. Con el tiempo sobreviene el segundo período de la afeccion, estableciéndose un órden de cosas opuesto al anterior, y que Klob describe en estos términos : "El parénquima presenta al corte un color blanco ó blanco rojizo, y se ve escaso de vasos, efecto de la compresion que sobre los capilares ejerce la contraccion del tejido conjuntivo nuevamente formado, ó de la destruccion parcial ú obliteracion de los vasos durante el crecimiento de tejido ; la sustancia parenquimatosa se encuentra tambien mas resistente, ofreciendo una dureza semejante á la de los cartílagos, y cruge bajo el cuchillo." Esto constituye una verdadera esclerosis[1] de la matriz.

Todo médico debe haber observado casos de úteros grandes, rojos, ingurgitados y blandos, que, al examinarlos nuevamente al cabo de algunos años, no sin sorpresa suya se le presentan pequeños, sumamente duros, blancos y anémicos, y disminuidas las dimensiones de su cavidad. Separados del cuerpo, estos órganos al cortarlos recuerdan el tejido fibroso, y la parte incindida parece casi tan densa y desprovista de sangre como aquel.

Antes de dejar esta parte interesante cuanto importante de nuestro asunto, resumiré en breves palabras lo que sobre él se ha dicho :

1°. La lesion ordinariamente llamada metritis crónica consiste en un aumento de volúmen de la matriz, debido á la hipergénesis de sus tejidos, y particularmente del conjuntivo, que causa irritacion nerviosa y va acompañada de congestion.

2°. La interrupcion de la involucion del útero puerperal es, sin duda alguna, la causa mas frecuente de este estado morboso. En muchísimos casos, lo que se llama metritis parenquimatosa crónica, no es otra cosa sino la subinvolucion en sus últimos períodos.

3°. Las dislocaciones, la endometritis y otras lesiones productoras

[1] Skene, de Brooklyn, fué, segun creo, el primero en designar esta alteracion con el nombre de esclerosis, que fué empleado mas tarde por Gallard.

de una hiperemia persistente, causan con frecuencia la hiperplasia areolar, en la matriz que ha esperimentado el desarrollo concomitante del embarazo.

4°. Es posible que las mismas influencias la determinen en el útero vírgen (en el cuello principalmente); pero este resultado es estremamente raro.

5°. Como quiera que sea producido, el estado en cuestion lo es de vicio de nutricion, que engendra, como característico principal suyo, la hiperplasia del tejido conjuntivo; y aunque lo acompañan muchos de los signos y síntomas de la flegmasía, en nada participa de la naturaleza de este proceso.

Algunos han sostenido que la metritis puerperal aguda se funde en la metritis crónica del estado no puerperal, distinguiendo de la subinvolucion esta variedad del mal. No tengo pruebas de la exactitud de semejante hipótesis, ni creo que pueda hacerse tal distincion en la práctica.

Curso y terminacion.—La duracion de este estado morboso es muy incierto. El tejido conjuntivo, una vez invadido completamente por la enfermedad, raramente vuelve á su condicion primitiva; pero el alivio que se obtiene suprimiendo aquellos fenómenos concomitantes que aumentan el malestar producido por la afeccion, es tan notable, que la paciente muchas veces se considera enteramente restablecida durante años, hasta que la convence de su error una recaida súbita, causada por alguna imprudencia durante las reglas, por el parto, el ejercicio demasiado violento, ó cualquiera otra influencia que determine la congestion. Es sorprendente hasta qué punto puede llegar la hipertrofia del cuello que resulta de la hiperplasia areolar. A veces esta parte alcanza el volúmen de una naranja muy pequeña y, ocupando la vagina, comprime el recto en términos de trastornar sus funciones. La enfermedad no tiene límites fijos de duracion, cuando no intervienen los auxilios del arte. El aumento de peso que ocasiona en el útero tiene por resultado general un cambio de posicion; bajo la influencia de este la hiperemia ya existente sube de punto, y la enferma padece endometritis, granulaciones del cuello, y los síntomas ordinarios de la dislocacion, al ménos hasta la menopáusis.

Algunas veces ocurre la contraccion del tejido superabundante, estableciéndose una hipertrofia uterina, con los síntomas que la acompañan.

Variedades.—La hiperplasia areolar, sea cual fuere su causa, puede afectar el útero en toda su estension; limitarse al cuello, del orificio esterno al interno; ó al cuerpo, desde el orificio interno hasta el fondo del órgano. Las láminas siguientes representan el sitio de la hiperplasia del cuello, y la del cuerpo.

Esta circunscripcion al cuello ó al cuerpo se observa frecuentemente, ora sea debido el mal á la interrupcion de la involucion ó á causas

agenas del puerperio. El Dr. West[1] alude á la forma que ataca al cuello como "aquella en que el aumento de volúmen se limita al cuello

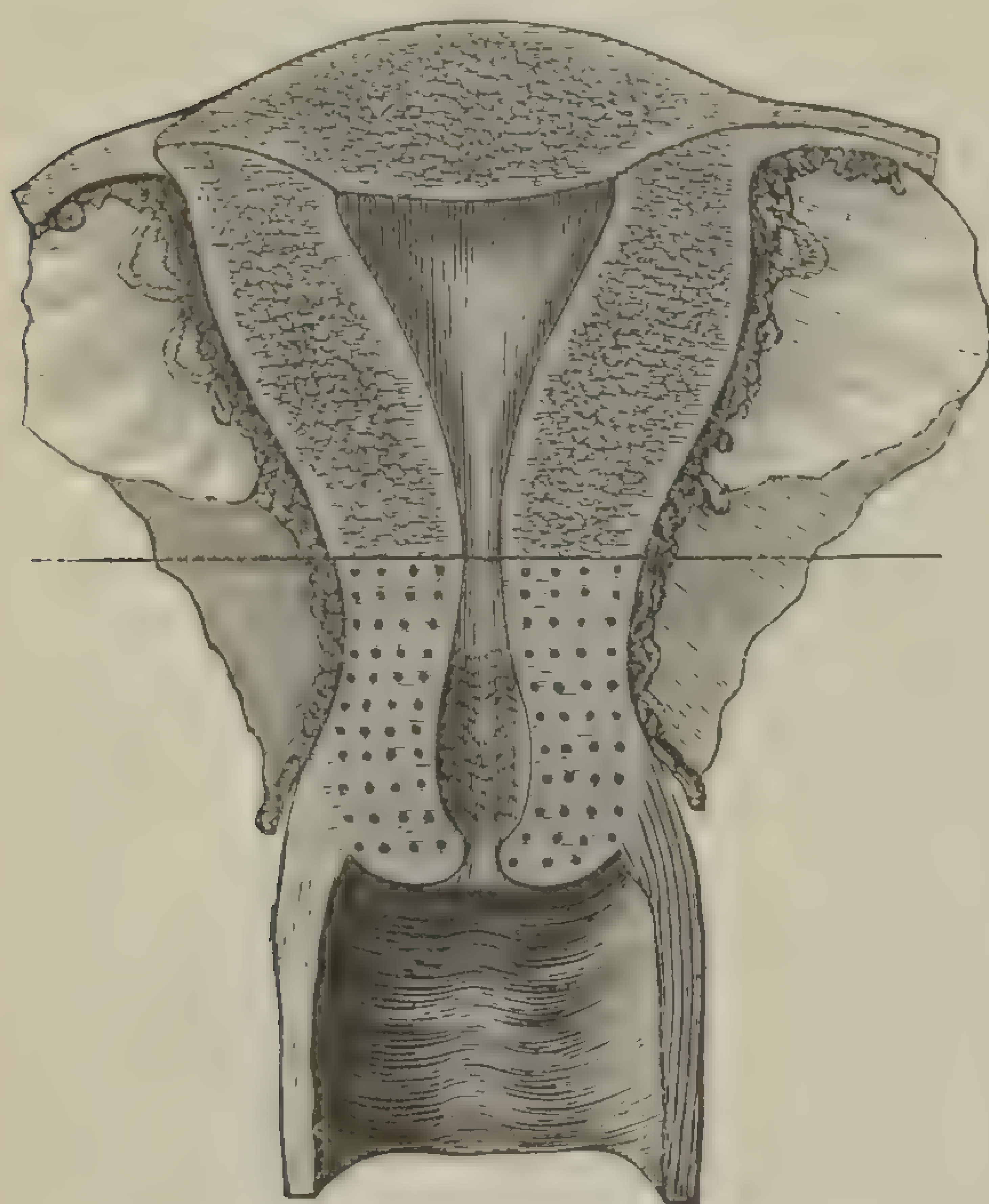


Fig. 78.—Los puntos señalan el asiento de la hiperplasia del cuello.

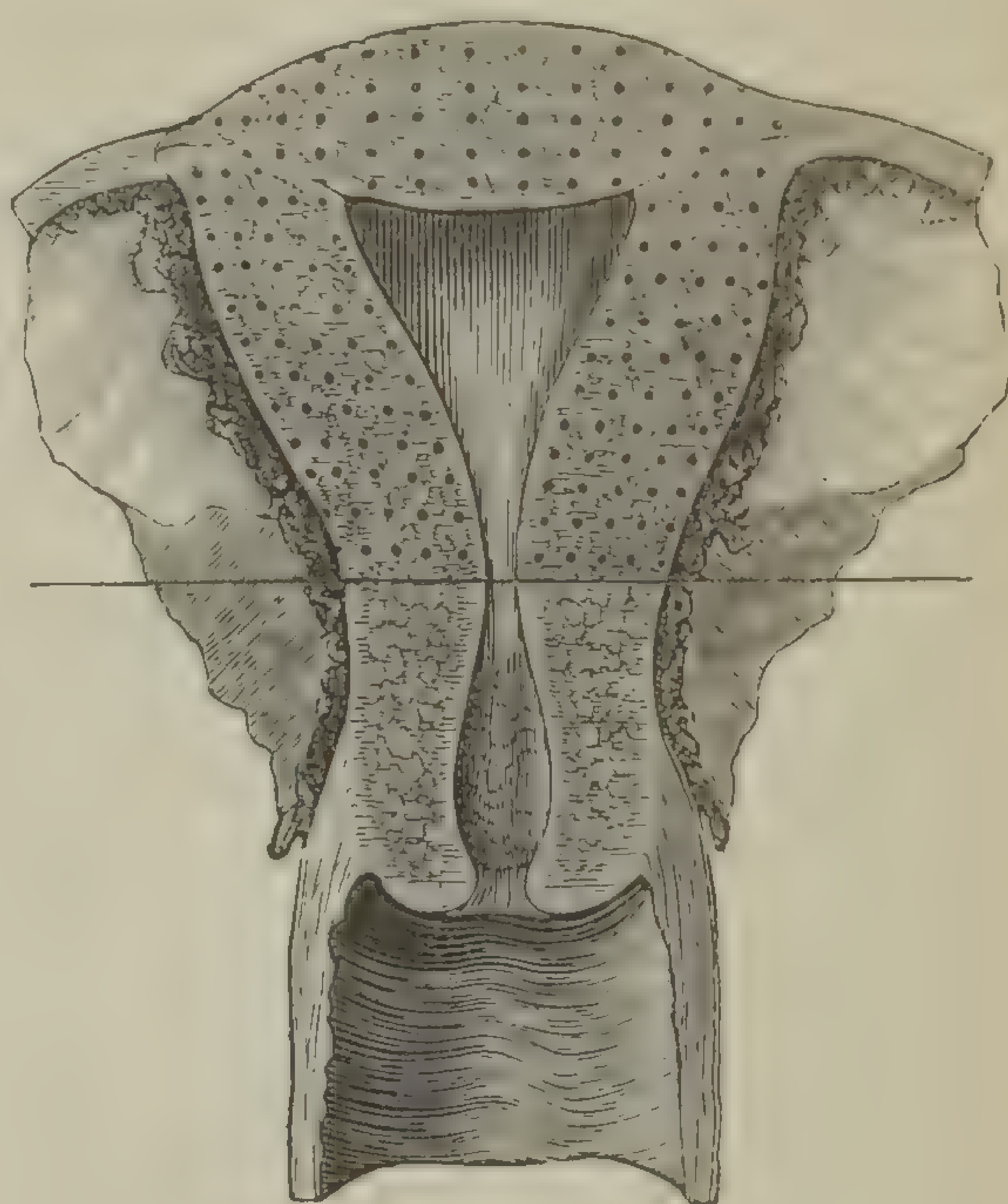


Fig. 79.—Los puntos señalan el asiento de la hiperplasia del cuerpo.

del útero y que á veces interesa uno solo de los labios, comunmente el anterior, en cuyo último caso la enfermedad suele ser consecutiva al parto, ó tal vez rigorosamente, debida mas bien á un defecto parcial de la involucion de la matriz, que á una hipertrofia genérica de la parte." El Dr. Evory Kennedy fué el primero en llamar la atencion sobre este hecho en la Gran Bretaña.

Frecuencia.—Esta afeccion es frecuentísima, y el haber sido ántes universalmente considerada como una metritis crónica parenquimatosa esplica en gran parte por qué se suponía tan comun la inflamacion de la estructura del útero ; de lo cual se desprende la vital importancia que tiene para el ginecólogo el estudio profundo de dicha afeccion. No vacilo en decir que el que adquiera un conocimiento exacto y preciso de ella, y sepa apreciar su verdadero valor, su frecuencia y su influencia, poseerá para el tratamiento de numerosos casos, una clave preciosa que en vano buscaría por otros medios.

Como he dicho ya, reconoce por causa en la gran mayoría de los casos, la interrupcion de la metamórfosis retrógrada del útero puerperal, que hoy dia se llama involucion ; por cuyo motivo, tal vez no dejará de causar sorpresa el decir que de todas las variedades de la afeccion, la mas frecuente es la cervical.

La razon de esto estriba en los hechos siguientes : 1°, la endometri-

[1] Ob. cit., p. 93.

tis del cuello, orígen frecuente de la enfermedad en las mujeres multíparas, es mas comun que la endometritis del cuerpo ; 2°, el cuello se halla particularmente espuesto á lesiones traumáticas, de resultas del cóito, del roce contra las paredes de la vagina, y de rasgaduras durante el parto ; 3°, en las mujeres que han tenido hijos el tejido conjuntivo del cuello es mas flojo y permeable que el del cuerpo ; 4°, cuando la involucion no se efectúa sino al cabo de algunos meses, no es raro verla verificarse sólo en el cuerpo, y no en el cuello, á causa de las influencias nocivas que acaban de mencionarse.

El cuerpo de la matriz se halla tan separado del contacto de todo agente mecánico que venga del esterior, que como ántes he dicho, no se ve afectado por la hiperplasia areolar tan á menudo como el cuello ; sin que por esto se entienda, con todo, que el cuerpo no se enferma con frecuencia. Un gran número de los casos de lesiones uterinas rebeldes que ocurren como consecuencias remotas del parto, pertenecen en realidad á esta categoría, y las desviaciones, la leucorrea rebelde y otros males concomitantes que los caracterizan, no son otra cosa que síntomas de esta enfermedad, ó de alguna de sus complicaciones consecutivas. Un fenómeno muy importante de este estado es, que cuando existe la hipertrofia del tejido conjuntivo, se observan frecuentemente ataques pasageros de congestion activa que dan lugar á síntomas de carácter agudo ; los cuales se disipan, dejando en su estado primitivo la base de la afeccion, para presentarse nuevamente con todos los rasgos característicos de la recaida, y así se va desarrollando durante la marcha de la enfermedad una serie de exasperaciones graves, si bien de corta duracion.

Causas predisponentes.—Son las siguientes :—

Agotamiento, por cualquier causa, de las fuerzas vitales ;

Predisposicion constitucional á la tuberculosis, escrofulosis, ó empobrecimiento de la sangre ;

Partos, principalmente cuando se han sucedido á intérvalos cortos ;

Depresion nerviosa prolongada ;

Entorpecimiento del hígado y los intestinos.

La mujer nulípara se halla hasta cierto punto al abrigo de esta afeccion, al paso que la multiparidad constituye una causa predisponente importantísima ; no porque la enfermedad sea consecuencia inmediata del parto, lo cual sucede á menudo, sino por favorecer el desarrollo de aquella el estado de la matriz que haya esperimentado los cambios particulares verificados en los tejidos uterinos durante la gestacion. Segun Klob "esta proliferacion del tejido conjuntivo se desarrolla frecuentemente despues de partos repetidos á intervalos cortos, sin que vaya precedida ó acompañada de flegmasía alguna . . . y á veces se desarrolla como consecuencia del puerperio." "Sus causas residen en la hiperemia habitual;" por lo tanto, todo estado que favorezca el estableci-

miento de esta, debe considerarse como causa predisponente, y como causa escitante la que la ocasione ó perpetúe.

La mujer que nunca se ha hallado embarazada está mucho ménos espuesta á la hiperplasia areolar, que aquella cuyo útero ha esperimentado los cambios de tejido que acompañan la gestacion; aunque creo que puede padecerla, si bien en casos raros y escepcionales. En toda mi práctica no he observado mas que dos ó tres casos, y en estos el diagnóstico se basaba sólo en pruebas clínicas.

Ocurre advertir aquí la opinion falsa, aunque bastante admitida, de que la hiperplasia areolar, por presentarse rara vez en las nulíparas, reconoce siempre por causa la interrupcion de la involucion. Es infundada esta opinion. Pare una mujer y, sin que ocurra accidente alguno durante el puerperio, se verifica perfectamente la involucion del útero; uno ó dos años despues se presenta una endometritis, y esta con el tiempo da lugar á la hiperplasia areolar, con todos sus síntomas y signos físicos ordinarios. Una endometritis de igual naturaleza é intensidad hubiera durado años sin complicacion parenquimatosa en una mujer vírgen. En el primero de estos casos la enfermedad de la mucosa se había desarrollado en terreno favorable á la hiperplasia y en el cual existía causa predisponente importante: en el otro caso, faltaba esta predisposicion.

Causas escitantes.—Son como sigue:—

Ejercicio inmoderado despues del parto;
Inflamacion pelviana puerperal;
Desgarraduras del cuello del útero;
Dislocaciones;
Endometritis;
Neoplasmas;
Enfermedades del corazon;
Tumores abdominales que comprimen la vena cava;
Escesos venéreos.

Muchas de las causas que van enumeradas en estas dos categorías, sobrevienen despues del parto, merced á los desatinos sistemáticos de ciertas enfermeras ó comadronas. Los sistemas nervioso y sanguíneo de la parturiente se desmejoran por efecto de una dieta rigorosa en demasía, de la atmósfera viciada y de la interrupcion del sueño ocasionada por el atender á la criatura; al mismo tiempo que aplicando una faja muy ajustada, se produce forzosamente la retroversion de la matriz aumentada de volúmen, y la congestion consiguiente, aumentándose esta última por la aplicacion de una fuerte compresa sobre el útero. El comadron que considere que la espulsion de la placenta es el tercer período del parto, proporciona una marcada causa predisponente. El tercer período consiste en la contraccion completa y permanente de la matriz, y puede aquella no efectuarse sino horas despues de arrojadas

las secundinas; y el comadron que abandona á la enferma, ántes de verificarse dicha contraccion, no cumple con su deber.

Síntomas.—Es imposible separar enteramente los síntomas de este estado de los de las complicaciones que generalmente lo acompañan, tales como la dislocacion, las desgarraduras y granulaciones del cuello, la congestion del ovario, etc.; pues unos y otros se mezclan y confunden. Los síntomas de la hiperplasia areolar y sus complicaciones casi siempre inevitables, son: cuando sólo el cuello está interesado,

Dolores en la espalda y costados;
Presion en la vegija ó el recto;
Trastornos menstruales;
Dificultad en la progresion;
Perturbacion nerviosa;
Dolor durante la cópula;
Dispepsia, jaqueca y languidez;
Leucorrea.

Cuando la afeccion es general ó del cuerpo, se presentan síntomas mas graves,[1] los principales son:—

Un dolor sordo, gravativo y tirante en la pélvis, el cual se aumenta con la progresion;
Dolor al defecar, y durante el cóito;
Un dolor sordo, que se presenta algunos dias ántes de la menstruacion, y continúa durante esta;
Dolor en las mamas ántes y durante las reglas;
Oscurecimiento de la auréola de los pezones;
Náuseas y vómitos;
Grandes perturbaciones nerviosas;
Presion en el recto, con tenesmo y hemorroides;
Presion en la vegija y tenesmo vesical;
Esterilidad.

Signos físicos de la hiperplasia del cuello.—El tacto revelará comunmente que el útero ha bajado en términos de descansar en el suelo pelviano. Se verá que el cuello está grande, hinchado y doloroso, y que puede introducirse en el orificio la estremidad del dedo. La enferma, por lo regular, se queja de dolor, si, colocando el dedo debajo del cuello, lo elevamos; y si se introduce en el recto, y se oprime el cuello á la altura del orificio interno, veremos que hay una sensibilidad grande. En semejantes circunstancias se encontrará generalmente que es anormal la direccion del eje uterino, y á veces que el cuello se ha movido hácia adelante, y retrogradado el cuerpo, ó vice-versa.

[1] No debe suponerse que todos ni la mayoría de estos síntomas se presentan en todos los casos; con frecuencia sólo se observan unos cuantos de ellos, y á veces casi ninguno.

Signos físicos de la hiperplasia del cuerpo.—Si se introducen dos dedos en la vagina y se colocan en frente del cuello de modo que eleven la vegija y compriman el útero, y con la punta de los dedos de la otra mano se comprimen las paredes abdominales, se percibirá distintamente el cuerpo de la matriz, si se halla esta en anteflexion y no es muy obesa la mujer; pero si no se alcanza de esta manera á reconocer la posicion del órgano, se la determinará inmediatamente si se halla en retroflexion, retroversion, ó aun en su posicion normal, repitiendo el esperimento, despues de colocar detras del cuello, dentro del fondo de saco de la vagina, los dos dedos que se encontraban en esta. Por estos medios podemos saber, no solamente el volúmen y configuracion del órgano, sino tambien su grado de sensibilidad; lo cual puede tambien conseguirse hasta cierto punto, por el tacto rectal. En seguida puede introducirse la tienta, con objeto de medir la cavidad y averiguar cuidadosamente la sensibilidad de sus paredes.

Antes de dar por terminado el diagnóstico, hay que cerciorarse si únicamente se halla afectado el cuello ó si el crecimiento de este es sólo una parte del desarrollo general de la matriz. Esta duda se resuelve de dos modos: 1°, El examinador introduce uno ó dos dedos debajo del útero y comprimiendo las paredes abdominales con la otra mano, abarca el fondo del órgano; entónces puede apreciar si su tamaño y sensibilidad son normales. 2°, Si midiendo con la sonda uterina la cavidad del cuerpo, encuentra que hay aumento en las dimensiones, es prueba de que el mal se ha estendido á los tejidos del cuerpo; no siendo probable que haya sucedido esto último si su tamaño es el normal. Sin embargo, este medio no da seguridad completa.

Diagnóstico diferencial.—Cuando todo el útero se encuentra afectado ó está aumentado solamente el cuerpo del órgano, la hiperplasia areolar en su primer período puede confundirse con las enfermedades siguientes:—

Preñez;
Neoplasmas;
Flegmasías peri-uterinas.

Debe el médico distinguir aquella cuidadosamente de estas, de otro modo, léjos de aliviar á la enferma, daría lugar á graves daños; la introduccion de la tienta, por ejemplo, podría causar un aborto, ó agravar de tal modo la inflamacion peri-uterina que diese lugar á consecuencias alarmantes. Por esta razon debe practicarse la introduccion de la tienta ó sonda con gran cautela, y sólo cuando exista motivo fundado para suponer que no hay embarazo ni inflamacion peri-uterina. Es posible hacer un diagnóstico equivocado entre la gestacion y la endometritis con hiperplasia del cuerpo, porque en ámbos casos hay aumento de dimension en las mamas, oscurecimiento de las auréolas de los pezones, aumento de volúmen de la matriz, perturbacion del sistema nervioso,

náuseas y vómitos. Sin embargo, en uno de ellos no hay supresion de las reglas, ni hay kiesteina en los orines, existe gran sensibilidad en el cuerpo del útero, y leucorrea abundante. El Dr. Tilt ha llamado con especialidad la atencion á este hecho importante, en lo relativo á la endometritis: "cuando se observan, dice, casi todos los síntomas del primer período del embarazo sin la supresion de los menstruos, en mujeres relativamente jóvenes, puede sospecharse que hay metritis interna."

La simetría peculiar con que se desarrollan algunos cuerpos fibrosos en las paredes uterinas, el abultamiento del órgano mismo y la leucorrea sanguinolenta que aquellos causan nos engañan por completo algunas veces. Tengo en mi poder un útero, en la pared del cual se ve un tumor fibroso del tamaño de un huevo de pava y que al primer golpe de vista presenta el aspecto de ingurgitacion é hipertrofia del tejido uterino, con endometritis y anteflexion. Los pólipos y tumores fibrosos pueden dificultar el diagnóstico de la misma manera; y en tales casos las únicas vias de acierto son la sonda, la palpacion y el tacto combinados, los dilatadores y los signos racionales.

Las flegmasías peri-uterinas fijan la matriz, forman induraciones é hinchazones en las fosas ilíacas y el fondo de saco de Douglas, y suelen producir la supuracion.

Algunas veces, por sospecharse la existencia de un cáncer escirroso incipiente, se hace necesario decidir si tal existe en efecto, ó si se trata del segundo período de la hiperplasia areolar ó esclerosis. Scanzoni pone en duda la posibilidad de establecer semejante diagnóstico diferencial; pero yo opino que se puede lograr las mas veces con ayuda del siguiente cuadro comparativo de signos y síntomas:—

En la esclerosis del cuello:	*En el cáncer escirroso:*
La enferma no manifiesta caquexia.	Suele manifestarla.
Hay tendencia á la amenorrea.	Hay tendencia á la hemorragia.
La historia suele indicar el parto como causa.	No suele indicarlo.
Han precedido á la afeccion síntomas de aumento de volúmen del útero.	No ha habido tales síntomas.
El cuello presenta al tacto la consistencia de un tejido fibroso denso.	Parece casi cartilaginoso.
El cuerpo tal vez está interesado.	Muy rara vez lo está.
Ablándase el tejido bajo la influencia de una esponja preparada.[1]	Continúa duro y denso.

Pronóstico.—El pronóstico de la hiperplasia del cuerpo uterino sólo ó de todo el órgano, no es favorable en cuanto á la curacion completa, aunque sí lo es en alto grado en cuanto al gran alivio de los síntomas y al peligro en que esté la vida de la enferma. Si está cercana la menopáusis, es posible que el útero, despues que hayan cesado sus funciones, se atrofie, proporcionando así cierto alivio; pero ni aun esto es seguro, pues es fácil que la metrorragia suceda al flujo menstrual, ó

[1] Spielberg fué el primero en emplear este método.

bien que persistan todos los síntomas, á pesar de la cesacion de las reglas. Si, además de los tópicos que están indicados, se adopta un plan de tratamiento dirigido con especialidad al organismo general, puede siempre alimentarse la esperanza de que, si bien quizás no sea posible lograr que vuelva el útero á su estado natural, se conseguirá, sin embargo, la disminucion del padecimiento, por poderse dominar completamente los males que resultan de las complicaciones de esta enfermedad. Tambien es favorable siempre el pronóstico cuando solamente está interesado el cuello de la matriz, por ser en este caso ménos las complicaciones graves que ocurren, tales, por ejemplo, como la endometritis del cuerpo, la menorragia, etc.; además, la region enferma es mas accesible al tratamiento local, y constituye una parte mucho ménos sensible é importante del organismo: casi podría decirse un órgano ménos importante, ya que patológica cuanto fisiológicamente considerados, difieren tanto entre sí el cuerpo y el cuello del útero. El pronóstico, como hemos dicho ántes, dependerá en gran parte de la enferma; si esta rehusare sacrificar sus inclinaciones y placeres, si observare sólo á medias las prescripciones del médico, y se espusiere furtivamente á influencias nocivas, nada se logrará con el tratamiento; pudiendo considerarse como favorable si la paciente, resignada, aprecia la importancia del caso y anhela recobrar la salud.

Complicaciones.—La hiperplasia areolar puede originar muchas y graves complicaciones, como dislocaciones, cistitis, rectitis, flemon del tejido celular, endometritis, trastornos menstruales, histerismo, dispepsia, lesiones ováricas, etc.

El Dr. Noeggerath ha suscitado recientemente la cuestion de la influencia generatriz de esta enfermedad en la produccion de desórdenes cancróideos. Dió cuenta, en una memoria leida ante la Academia de Medicina de Nueva York, de seis casos debidos, segun él, á "la trasformacion del tejido afectado de endometritis en epitelioma ó escrecencias de coliflor." El objeto de la memoria era "probar que el tejido del útero afectado de endometritis es susceptible de trasformarse en epitelioma papilar." Jamas he observado en la práctica un solo caso que demostrase la exactitud de este aserto de Noeggerath; y es lo cierto que no puede ser una serie ordinaria de fenómenos, pues el asunto llamó la atencion hace ya mucho tiempo, y no se que ningun autor moderno mantenga dicha teoría, con respecto á la cual Klob [1] espresa su opinion en estas palabras: "Debe considerarse como mera hipótesis lo que varios autores han dicho sobre las relaciones entre el crecimiento difuso del tejido conjuntivo y el desarrollo del carcinoma."

Tratamiento.—Recomiendo instantemente la observancia de la siguiente regla en todos los casos. Antes de empezarse el tratamiento

[1] Es de notarse que Klob alude al carcinoma, miéntras que Noeggerath limita sus observaciones al epitelioma.

conviene buscar, á fin de suprimirlas si existen, las cinco complicaciones que enumero á continuacion, y que, compañeras frecuentes de la hiperplasia areolar, producen síntomas que agravan sobremanera los males consecutivos á aquella. Yo las miro siempre como muy culminantes.

1ª. La desgarradura del cuello del útero, orígen de una intensa irritacion nerviosa, inmediata y refleja, y la consiguiente congestion y neuralgia uterina.

2ª. La dislocacion de la matriz que termina en ingurgitacion vascular, tirantez de los ligamentos uterinos, compresion de las partes adyacentes y dificultad para moverse.

3ª. La degeneracion fungosa de la membrana interna, causa de abundantes flujos leucorréicos y sanguinolentos.

4ª. La degeneracion granulosa y quística del cuello, la cual da lugar á alteraciones vasculares y nerviosas del útero, leucorrea y menorragia.

5ª. La vaginitis escitada por el flujo consiguiente á la ingurgitacion del endometrio, ó mucosa interna de la matriz.

Conseguirá mejor resultado en el tratamiento de la hiperplasia areolar aquel que con mas cuidado busque estas causas de complicaciones y las cure ántes de emplear remedios para la afeccion principal.

Siempre debe buscarse la desgarradura del cuello, que espone las delicadas paredes de su cavidad al roce con la vagina, por ser muchas veces no sólo una circunstancia concomitante sino, en mi opinion, causa de este estado morboso, por estorbar la involucion. No debe suponerse que el simple exámen con la vista basta para descubrirla, porque muchas veces se ha continuado por largo tiempo la aplicacion de cáusticos y alterantes á las paredes rojas y escoriadas del cuello, creyéndose combatir una *ulceracion*. Para cerciorarse del estado verdadero de las partes, se fija una erina ó tenáculo en cada labio del hocico de tenca, y se aproximan estos de modo que presenten á los ojos del operador la configuracion normal del cuello segun existía ántes del accidente. Descubierta la lesion, se recortan bien las superficies internas de la solucion de continuidad y se unen por la sutura. Esta operacion ejercerá muchas veces un efecto muy favorable en la enfermedad uterina, pues suprimido el foco de irritacion, desaparecerá la irritabilidad nerviosa y se mejorará mucho la nutricion.

Si hay dislocacion se obtiene gran mejoría proporcionando al órgano el apoyo debido, mediante un pesario ligero y exactamente ajustado ; si se trata simplemente de un descenso directo, puede emplearse el anillo elástico de Meigs ; si hay retroversion, la palanca doble de Hodge, ó una de sus modificaciones ; empleándose un pesario de anteversion si la matriz ha caido hácia adelante. En no pocos casos, el principal, acaso el único alivio que podemos proporcionar es el que dan los pesarios; y aun cuando sea imposible lograr la curacion, puede al ménos hacerse mas agradable la vida de la enferma, disminuyendo sus incomodidades mediante el uso de aquellos.

Cuando hay pruebas de que existen escrecencias fungosas en la membrana interna, debe apartarse este gérmen de leucorrea, metrorragia, y congestion uterina, raspando suavemente toda la cavidad con cuchareta de asa de alambre.

Si bien he advertido con instancia en otro lugar que no debe atribuirse demasiada importancia á las formaciones granulosas y quísticas que ocurren en el cuello, no dejo de conocer que una vez establecidas, llegan á ser orígen de irritacion y por lo mismo de ingurgitacion del útero ; debe pues emplearse, de todos modos, un tratamiento para suprimirlas.

La vaginitis es secundaria del catarro uterino, el cual acompaña muy á menudo á la hiperplasia, y se la debe combatir con los medios ántes indicados ; cuidando al mismo tiempo de aliviar la enfermedad de la mucosa de la matriz, á fin de evitar la recaida.

Un análisis escrupuloso de esta materia la presenta como sigue. Si se ha disipado la condicion anormal, orígen de la hiperplasia areolar, esta por sí no produce muchos síntomas desagradables. La mujer que la padece no se siente completamente buena, pero sí con la comodidad bastante las mas veces para atender á sus ocupaciones; pero el útero asiento de esta enfermedad está particularmente espuesto á ciertas complicaciones, que acaban de mencionarse y son muy molestas, atendidos los dolores lumbares, perturbacion nerviosa, leucorrea, y trastornos menstruales que determinan. Estos fenómenos, pues, como lo espuse al considerar la sintomatología de la hiperplasia, son debidos en gran parte á las complicaciones de la enfermedad y no á la enfermedad misma. En otras palabras, si se sostiene el útero hiperplástico, se impide que se disloque, y se mantiene libre de formaciones granulosas y quísticas del cuello, y de catarro uterino, la enferma se encontrará bastante aliviada en muchísimos casos para no lamentarse de su estado. A veces es todo lo que puede lograrse ; pero el mero hecho de obtener estos resultados contribuirá mucho á la curacion misma. Reduciendo la matriz se favorece la circulacion venosa, y se impide la congestion que sostiene y perpetúa la hiperplasia. Curando el catarro uterino, y la degeneracion granulosa y quística del cuello, se concluye con dos grandes causas de hiperemia de los tejidos mucoso y submucoso. Pero los medios empleados para el alivio de estos síntomas hacen mas todavía: tienden á alterar, por su propia influencia directa, el estado morboso de los nervios de la parte, á disminuir el calibre de los vasos que gobiernan, y á estorbar, por lo tanto, la secrecion y nutricion escesivas.

Suprimidas todas las complicaciones, tiene el médico que habérselas con un útero aumentado de volúmen y peso, cuyo tejido es exuberante, cuyos vasos se hallan dilatados, y cuyos nervios se encuentran en estado de hiperestesia.

Enumeraré en unas pocas proposiciones principales las indicaciones que hay que llenar.

1ª. Debe hacerse todo lo posible para impedir la congestion y suprimir la que ya exista.

2ª. Debe prestarse gran atencion al restablecimiento del organismo en general, y con especialidad al estado sanguíneo y nervioso.

3ª. Debe separarse cuanto oprima el útero aumentado de volúmen y peso.

4ª. Deben emplearse todos los medios á nuestro alcance para aliviar la hiperestesia nerviosa.

Los medios para procurar estos fines, son :—

Reposo ;
Tratamiento general ;
Depletivos ;
Inyecciones vaginales emolientes ;
Alterantes.

Reposo.—Hay que ordenar á la enferma que haga mucho ménos ejercicio que el acostumbrado, que se recueste en una cama ó sofá por espacio de una hora diaria á eso del medio dia, y sobre todo que se esté quieta durante las épocas menstruales. No conviene de ningun modo hacerla guardar cama, pues esto haría sufrir física y moralmente á muchas mujeres, y la falta de aereacion deteriora el sistema sanguíneo y nervioso. Puede llegar á ser necesario que guarde cama la enferma, si el tejido conjuntivo se halla interesado de tal modo que la compresion del cuello sea muy dolorosa ; pero aun en estos casos soy de parecer que las ventajas obtenidas por la quietud no bastan á compensar el daño que resulta de la falta de aire y de ejercicio. La mujer debe salir al aire libre todos los dias, á ménos que se lo impida alguna causa especial, insistiéndose en el ejercicio moderado como uno de los medios de mantener en buen estado la salud general.

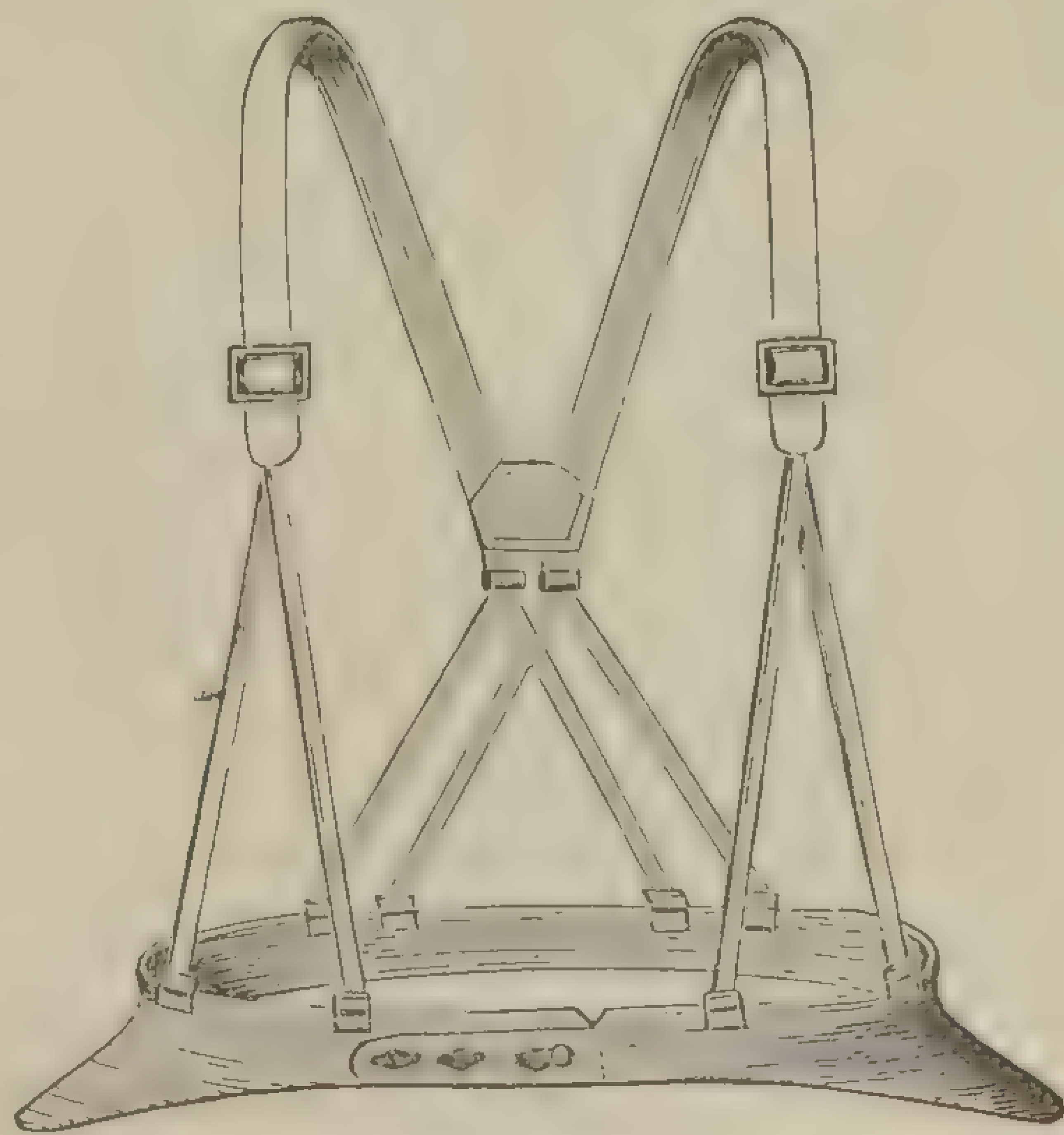


Fig. 80.—Aparato de Bacheller: la pieza circular es una lámina fina de metal.

Debe mantenerse en reposo la matriz todo lo posible ; su tendencia natural en estas circunstancias es á abandonar su sitio, por consiguiente se cuidará de evitar todo cuanto pueda comprimir el fondo del órgano, por medio de un vendaje abdominal exactamente ajustado, y por el uso de un aparato que sostenga el peso de las faldas. La Fig. 80 representa un aparato de esta clase, muy bueno, inventado por el Dr. Bacheller. Muchos prácticos no aprueban el uso de fajas abdominales, y las creen perjudiciales; yo soy de dis-

tinto parecer, y los considero como gran ayuda, no para mantener el útero en su sitio, sino para sostener las vísceras que se hallan encima; las cuales descendiendo á efecto de la presion de la ropa ajustada, y mal apoyadas por motivo de la relajacion de las paredes del abdómen, caen directamente sobre el fondo del órgano. Hay una gran variedad de fajas abdominales; pero yo no prefiero ninguna en particular, pues la que da buen resultado en una mujer de cierta figura, para nada sirve á otra de configuracion distinta. Es indispensable por lo tanto elegir una que corresponda perfectamente al fin que se desea, á saber, sostener las vísceras, y reforzar los músculos abdominales debilitados.

El cóito produce muchas veces malos resultados en un órgano tan susceptible de congestion, y es preciso proceder con mucha precaucion en esta parte, y evitar los abusos.

Combinando todos estos medios hacemos todo lo posible para mantener en quietud el útero hiperplástico, como haríamos con un hueso roto ó un testículo inflamado.

Tratamiento general.—La alimentacion debe ser sencilla y sin especias ni estimulantes, pero nutritiva, y al mismo tiempo con todas las condiciones indispensables para mantener el estado normal de la sangre. Deben administrarse tónicos ferruginosos, solos ó combinados con tónicos vegetales, cuando existe la anemia, y siempre se mantendrá el vientre en estado normal perfecto, activas las funciones de la piel. Algunos prácticos emplean remedios específicos para reducir el volúmen del útero, pero es dudosa la eficacia de la mayor parte de ellos. El cornezuelo de centeno produce buenos resultados cuando se administra por un espacio de tiempo considerable, y durante el período de crecimiento, es decir, ántes de la contraccion del tejido exuberante; por su propiedad de escitar contracciones de la estructura uterina, disminuye la hiperemia y volúmen del órgano.

Los autores europeos hablan con gran encomio de las influencias alterantes de los diversos puntos de baños del continente, como los de Marienbad, Schwalbach, Brücknau y Kissingen de Alemania, y de Saint-Sauveur, Barèges, etc., en Francia, pero de estos ninguno iguala en reputacion á las aguas de Kreuznach, en Alemania, cuyas propiedades curativas se suponen debidas al bromuro de magnesio que contienen. Es muy probable que á los elementos higiénicos y sociales que existen en tales puntos, constituyendo sus encantos, se deba en realidad todo el bien que proporcionan. Aran, despues de admitir que las aguas de Vichy puedan ejercer alguna influencia, dice agudamente, con respecto á las demas: "Cualquiera que sea su composicion ó el país donde se encuentren, no tengo conocimiento de ninguna obra en que haya algo parecido á una demostracion que les sea favorable."

Entre los medios generales no hay ninguno que dé mejores resultados que un cambio de residencia, y por consiguiente de aires, costumbres y relaciones. Un viaje por mar, la residencia en un punto agra-

dable de temporada, ó de un puerto donde haya facilidad para bañarse, pueden proporcionar mucho alivio. La depresion de ánimo predispone á esta dolencia, y la agrava de un modo notable, y Aran llega hasta decir que él casi invariablemente la ha encontrado entre las causas escitantes; pero sea de esto lo que fuere, es lo cierto que la sociedad alegre y atractiva es uno de los tónicos mas propios para el sistema nervioso, bajo un punto de vista terapéutico, y por lo tanto siempre debe buscarse. La permanencia en un establecimiento hidropático bien dirigido, donde la enferma tenga aire puro, alimentos sencillos y nutritivos y compañía agradable, al mismo tiempo que una estricta sujecion á las reglas generales de la higiene propias de estas instituciones, suele producir los mejores efectos.

Depletivos.—Son convenientes sangrías pequeñas y con algun intervalo, hechas por la puntura ó escarificacion, cuando el útero se presenta sensible al tacto vaginal combinado con la palpacion y cuidando de no estraer mas de 30 á 60 gramos de sangre en cada una, á ménos que exista la amenorrea como síntoma, en cuyo caso producirá gran alivio muchas veces durante la época menstrual una estraccion de sangre mas abundante por medio de sanguijuelas. Es conveniente contar las sanguijuelas ántes de colocarlas en el spéculum, pues sus picaduras causan á veces un dolor tan intenso que escita sospechas de haberse escapado una al interior de la cavidad.

Tres métodos se usan con preferencia para estraer sangre del cuello del útero: sanguijuelas, escarificaciones, y ventosas. Sanguijuelas en número de 3 á 4 grandes, ó suficiente número de las pequeñas pueden aplicarse del modo siguiente para sacar de 90 á 150 gramos de sangre: despues de introducir un spéculum cilíndrico del calibre necesario para contener toda la parte vaginal del cuello, se limpia bien esta última.

Con objeto de evitar que penetre en la cavidad uterina alguna sanguijuela, se introduce en el orificio del cuello un pequeño tapon de hilas al que se habrá unido ántes un hilo para retirarlo. En seguida se hacen en el cuello unas cuantas punturas leves que sangren un poco, se colocan en el spéculum todas las sanguijuelas que han de aplicarse, y se tapa la estremidad esterna de aquel con un pedazo de algodon que se empuja hácia la superficie que está sangrando. No debe apartarse la vista del spéculum, hasta que se desprendan las sanguijuelas, pues suelen escaparse estas aunque se halle llena de algodon la abertura del instrumento. Una vez separadas se quitan todos los coágulos de sangre con una esponja ó con una varilla forrada de algodon; se saca el spéculum; se coloca sobre la vulva una esponja grande empapada en agua caliente, y se recomienda á la enferma que permanezca en quietud perfecta. La escarificacion se practica introduciendo dentro del orificio esterno un bisturí angosto y muy afilado, ó un tenótomo, y sacándolo hácia los bordes vaginales del hocico de tenca de modo que corte todas

las ramificaciones superficiales que encuentre en su paso. Con preferencia á este plan recomendaría la acupuntura, que puede practicarse con una aguja triangular ordinaria de cirujía, sostenida con unas pinzas, ó lo que es preferible, por medio de la lanceta inventada por el Dr. Buttles de esta ciudad.

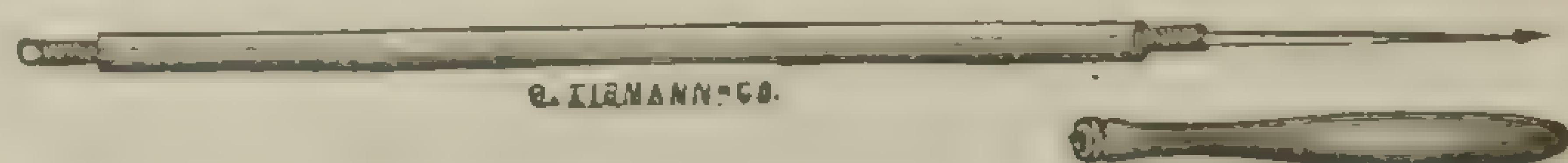


Fig. 81.—Escarificador de Buttles con punta de lanceta.

Cuando este instrumento se halla introducido ménos de una línea en el espesor del cuello, y se le da una media vuelta con rapidez ántes de retirarlo, saca muy pronto sangre en abundancia, si hay congestion. Si no saliere la suficiente á las tres ó cuatro punturas, se conseguirá esto aplicando ventosas secas al cuello, por medio de un instrumento muy sencillo de goma vulcanizada, que se introduce con un spéculum cilíndrico de mediano calibre. Despues de introducido hasta el cuello, se tira del piston, y el instrumento, si es de goma, funciona tan admirablemente que al momento se forma un vacío perfecto. A los pocos

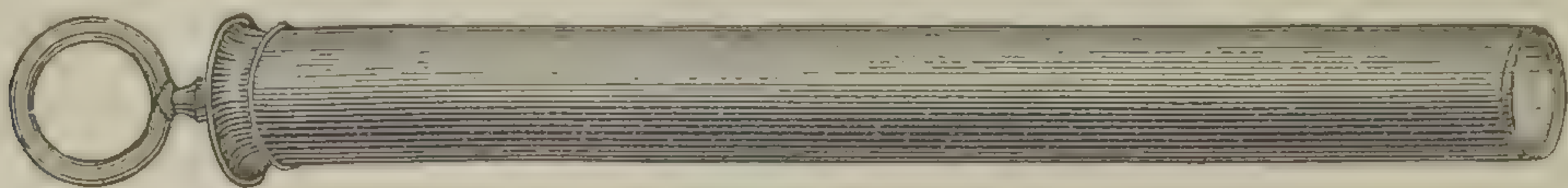


Fig. 82.—Tubo de goma dura para aplicar ventosas secas al cuello uterino.

minutos se desprende aquel y se pincha con la lanceta de Buttles, pudiendo sacarse de este modo con facilidad de 60 á 120 gramos de sangre : La ventosa sólo debe usarse ántes, y no despues, de hacerse las punturas. Basta con pasar luego por la superficie pinchada una esponja húmeda fija en un porta-esponja, á fin de evitar la formacion de coágulos en las salidas de la sangre. El Dr. Byrne, de Brooklyn, ha llamado últimamente la atencion á otro método nuevo, utilísimo en algunos casos, y el cual consiste en introducir hasta el orificio interno un cuchillo de hoja larga y angosta con la que se divide, al sacarla, la membrana mucosa, sus vasos sanguíneos, y la capa superficial de tejido muscular.

La sangría, hecha de una de las maneras que van descritas, debe practicarse metódicamente, y se tendrá despues á la enferma en cama y en reposo completo durante algunas horas.

Inyecciones vaginales.—Para que estas sean eficaces, deben ser copiosas y prolongadas ; pueden hacerse por uno de los cuatro métodos siguientes, los cuales recomiendo. En una tina de madera se ponen de 4 á 8 litros de agua bastante caliente para ser agradable á la enferma, que sentada por encima, en una tabla colocada trasversalmente sobre la tina, ó en un taburete situado dentro de esta, se hace las inyecciones con jeringa. Las jeringas mas cómodas para ello son las de Essex y de

Davidson. Ambas están provistas de un cañoncito de 5 pulgadas de largo, que introducido en la vagina hasta el hocico de tenca, arroja contra este un chorro continuo, mediante la presion, ejercida por la mano libre de la enferma, en la bola que se ve en el centro del instrumento. De este modo se puede bañar el cuello con agua caliente durante veinte ó treinta minutos, segun el grado de cansancio que ocasione á la enferma el uso de la jeringa. Este método es útil cuando se ve imposibilitada la paciente de estar acostada durante la inyeccion; pero el decúbito dorsal aumenta mucho la eficacia de aquella, y la molestia que causa es en verdad muy poca. La enferma se recuesta en un sofá ó una cama baja de modo que las nalgas sobresalgan de su borde y los piés se apoyen en el suelo ó en dos sillas, colocándose debajo una vasija vacía para recibir el agua que cae de la vagina.

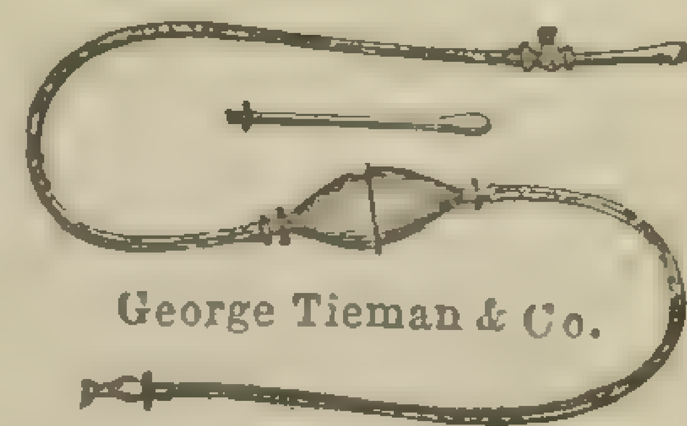
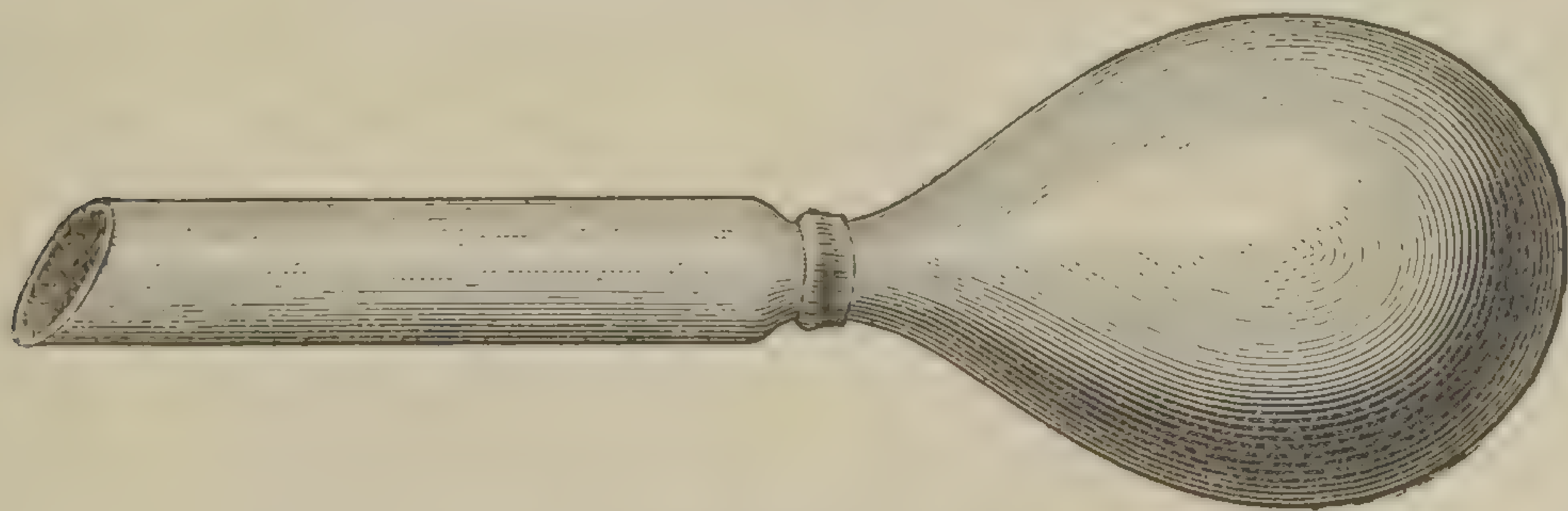


Fig. 83.—Jeringa de Davidson.

Estando echada así la mujer, hé aquí un método escelente para hacer las inyecciones. Colócase á una altura conveniente (como por ejemplo en una silla puesta sobre una mesa, ó en una andamia dispuesta al efecto), una tina ordinaria ó un cubo, en la parte inferior del costado del cual hay una llave, á la que va unido un tubo de goma flexible de cinco ó seis piés de largo y provisto de una cánula semejante á la de la jeringa de Davidson. Introducida la cánula en la vagina y abierta la llave por la enferma, se establece una corriente de agua que durante media hora baña copiosamente el cuello, y al salir de la vagina cae en la vasija dispuesta por debajo. Hecha de esta manera la inyeccion es mas prolongada y no produce cansancio. Puede tambien practicarse con mucha comodidad con la jeringa de fuente que consiste en una bolsa de gutapercha cuya capacidad varía de 1 á 4 litros segun su tamaño,


Fig. 84.—Jeringa vaginal de Molesworth.

y de cuyo fondo sale un tubo largo y flexible que termina en una cánula. Se llena de agua y se cuelga á la altura necesaria, la enferma introduce la cánula en la vagina, y tocando un resorte sale el líquido por su propia gravitacion. Esta jeringa ocupa poco espacio, es muy cómoda y de manejo sencillo.

La jeringa vaginal de Molesworth, representada por la Fig. 84, es

un instrumento escelente para hacer inyecciones detergentes de la vagina y el cuello del útero y aplicar medicamentos en estos sitios. Consiste en un spéculum pequeño de cristal unido á un globo de goma, y se usa introduciendo el primero en la parte superior de la vagina y comprimiendo repetidamente el segundo, que se ha llenado de líquido, á fin de bañar perfectamente el canal.

Por último, la paciente puede tomar un baño de asiento ó general por la mañana y por la noche, é inyectarse la vagina estando en el baño; cuyo método, á la ventajas que ofrecen las inyecciones, reune los buenos resultados que producen en estos casos los baños generales y de asiento. Si no se puede mover en la cama á la enferma sin incomodidad, se usará la jeringa de Davidson, colocando previamente una bacinilla debajo de las nalgas, para recoger el líquido que sale de la vagina.

De todas las sustancias emolientes que se emplean para las inyecciones, el agua caliente es la mas simple, la mas fácil de conseguir y la que mejor limpia. Es fácil, además, hacerla medicamentosa, bien sea añadiéndole tintura de opio (4 gramos por litro), infusiones de adormideras, lúpulo, salvado, corteza de olmo (*ulmus americana*), almidon, beleño, cicuta ó harina, ó bien glicerina (8 gramos por litro), agua de cal ó agua alquitranada, cuyas dos últimas suelen calmar notablemente la vaginitis que puede existir como complicacion.

Tópicos alterantes.—La tintura de yodo compuesta es el mejor de estos; se aplica con un pincel de cerdas de puerco introducido hasta el orificio interno, ó aun hasta el fondo si existe la endometritis, barnizando toda la superficie del cuello, y repitiendo la operacion, despues de aguardar á que se seque completamente. Concluido esto, se aplica contra el cuello un pedazo de algodon empapado en glicerina, al que se ata un cordelillo de tal modo que una de sus superficies quede plana; este tópico ejerce una influencia hidragoga local y desengurgita los tejidos. Dichas aplicaciones locales se repiten semanalmente; pero la enferma misma se hará otras con mas frecuencia, poniendo en contacto con el cuello por medio de inyecciones vaginales las sustancias mencionadas en el párrafo anterior.

Este plan de tratamiento parecerá demasiado suave é ineficaz; pero pruebe cualquiera y compare sus resultados con los del uso del nitrato ácido de mercurio líquido, potasa cáustica, piedra infernal y la cauterizacion actual, con el sistema de aplicar á la cavidad uterina ácido nítrico puro, ó el dejar que se derrita en ella un pedazo de nitrato de plata sólido, y á ménos que sus esperimentos se diferencien mucho de los mios, se convencerá de que ha hallado en dicho sistema un método que nada deja que desear para el tratamiento de la afeccion uterina mas importante, cada dia recibirá nuevas pruebas del gran aumento de medios á su disposicion para aliviar á las pacientes, disminuyendo notablemente al mismo tiempo las probabilidades de causar daños.

Cuando la persistencia de la hiperemia haga necesario á juicio del

médico el uso de medios mas enérgicos que los ya mencionados, puede recurrirse á los tópicos contra-irritantes vesicantes que destruyen la membrana mucosa del hocico de tenca y producen una secrecion serosa abundante. Los casos de esta naturaleza disminuyen en mi clientela á medida que crece mi esperiencia, y si bien admito la necesidad de tales medios de vez en cuando, diré al lector que evite su uso constante ó demasiado pronto. No es cierto que puedan reducir el volúmen del órgano agrandado y no deben pues usarse con tal objeto, aunque sí pueden hacer desaparecer la congestion y la escitacion nerviosa, y con este objeto podrán ser empleados en casos escepcionales.

Uno de los mejores métodos derivativos para producir la contra-irritacion consiste en la aplicacion de vejigatorios al cuello uterino, cuyo método se debe, creo, á Aran, de Paris, y pratícase como sigue: Introduciendo un spéculum cilíndrico grande en que se engaste perfectamente el cuello, se limpia bien la parte, secándola con una esponja suave ó un rollito de algodon, y en seguida con un pincel de pelo de camello se barniza de colodion vesicante (*vesicating collodion*) toda la superficie vaginal del cuello, sin hacer esfuerzo para evitar el orificio. Este tópico se compone de colodion ordinario (llamado en los Estados-Unidos *liquid cuticle*) con cantárida en suspension, y se prepara de dos modos: con éter, y con ácido acético; el colodion vesicante de ácido acético es el mas potente y ménos ocasionado á afectar la vagina. Algunos segundos despues de puesto en contacto con la parte, se endurece y forma una capa insoluble sobre la cual pueden hacerse en seguida dos ó tres aplicaciones mas. El spéculum no se quita sino despues de algunos minutos, para que quede la parte espuesta al aire, y para lanzar sobre ella un chorro de agua fria, con objeto de impedir el contacto del colodion con la vagina, y está concluida la operacion.

La cubierta epitelial del cuello se desprende completamente al cabo de 8 á 12 horas y se establece una abundante secrecion serosa idéntica á la que produce un vejigatorio en cualquiera otra parte del cuerpo.

Por algunos dias despues conviene mantener á la enferma en completa quietud, y hacer inyecciones detergentes en la vagina, repitiendo la vesicacion tan luego como el flujo seroso manifieste tendencia á cesar. Los únicos inconvenientes que ofrece este método para producir la contra-irritacion son lo ocasionado que es á determinar la vaginitis y la cistitis, en el caso de llegar el líquido á ponerse en contacto con la vagina y el orificio de la uretra, lo cual es fácil de evitar, y el dolor que á veces se esperimenta durante la vesicacion. Concluida esta deben aplicarse hilas ó algodon empapados en glicerina, atendida la accion hidragoga de esa sustancia. Tambien puede producirse la vesicacion por otro método á la vez sencillo y eficaz. Consiste en frotar suavemente la region vaginal del cuello con una barrita de piedra infernal; de esta manera se destruye la capa epitelial, la escara se desprende pronto y

queda una superficie granulosa que se cura con glicerina ó con cualquiera de los otros alterantes enumerados.

Es un hecho bien demostrado que cuando se arranca la capa superficial de un órgano hipertrofiado, se determina en el tejido restante una tendencia marcada á disminuir de volúmen; así, por ejemplo, en la hiperplasia areolar que afecta las amígdalas, la simple separacion con bisturí de la cara de estas glándulas, reduce las dimensiones de la parte restante. Sucede lo mismo con respecto á la matriz, aunque de ninguna manera en tanto grado. El Dr. Sims fué, creo, el primero en sugerir este plan, que despues ha sido adoptado por otros, y constituye un método precioso para los casos muy rebeldes en que el volúmen escesivo del cuello causa notable malestar á la mujer. Por iguales motivos debe el ginecólogo decidirse á operar en estos casos, que el cirujano en los de hipertrofia de las amígdalas : no por la simple existencia de un aumento de volúmen del órgano, sino porque tal grado de hipertrofia perturbe las partes inmediatas, ó que habiendo resultado inútiles los demas medios empleados para aminorar su tamaño, haya que recurrir al operatorio como el único que sirva para conseguir el resultado. Es innecesario quitar mucho tejido; con unas tijeras rectas se hace en el cuello una incision de cuatro líneas, y en seguida se cortan las estremidades inferiores de los labios casi en ángulo recto, valiéndose para ello de otras tijeras curvas ; de este modo queda una superficie cruenta que por la supuracion que en ella se establece, obra como exutorio del útero.

Este procedimiento se practica mucho mejor por el gálvano-cauterio. La porcion vaginal del cuello, ó mejor dicho, una parte de ella, se cerca con el alambre gálvano-cáustico y se corta así con mucha facilidad.

CAPÍTULO XVII.

DEGENERACION GRANULOSA Y QUÍSTICA DEL CUELLO DEL ÚTERO.

Sucede no pocas veces que uno de los síntomas de un mal llega á causar tanta pena y desasosiego á la enferma, que viene á ser forzoso hacerlo objeto de todo el tratamiento, no obstante el convencimiento del facultativo de que dicho síntoma acusa enfermedades que tienen su asiento en otra parte. El estado morboso de que vamos á tratar presenta un ejemplo frecuente de lo espuesto ; siendo tan incómodo por sí, á causa del flujo abundante y de lo que entorpece las funciones del útero y el andar, que requiere se le alivie sin dilacion.

La túnica mucosa lisa que reviste la superficie vaginal del hocico de tenca se continúa hácia abajo con la de la vagina, y estendiéndose hácia arriba por el canal del cuello, se junta en el orificio interno con la que tapiza la cavidad del cuerpo; de la cual difiere notablemente. Esta membrana, vista con un poderoso vidrio de aumento, presenta gran número de papilas, en las cuales entran uno ó mas vasos sanguíneos que, formando asas vasculares en sus ápices, retroceden, y salen por sus bases para entrar de nuevo en las otras adyacentes. Una capa de epitelio pavimentoso y la membrana propia cubren enteramente esas papilas. Criptas ó folículos mucosos existen en toda la estension del canal del cuello, encontrándoselos tambien diseminados en toda la parte vaginal del cuello, y aun en la misma cavidad del cuerpo. Las enfermedades de que vamos á tratar residen en dos de los elementos que componen la mucosa del cuello, á saber, las papilas y las criptas mucosas.

Degeneracion Granulosa del Cuello.

Definicion.—Este estado morboso consiste, segun lo indica su nombre, en el desarrollo de una superficie de carácter granuloso en la cara lisa del cuello, precisamente á la entrada del orificio esterno ; y ha sido descrito bajo los nombres de erosion del cuello, úlcera granulosa, y erosion epitelial.

Frecuencia.—Esta afeccion se presenta con mucha frecuencia, acompañando á todas las enfermedades uterinas que determinan leucorreas, y es concomitante por lo comun de casi todas las alteraciones del parénquima y de la túnica mucosa. Dura muchas veces por algun tiempo sin que ni el médico ni la enferma sospechen su existencia; en ciertos casos no manifiesta el menor síntoma que pueda considerarse molesto, y en otros causa síntomas constitucionales graves que desaparecen con su curacion.

Causas.—Las causas predisponentes son :—

Deterioro general de la salud;
Espanemia, ó empobrecimiento de la sangre;
Diátesis escrofulosa;
Diátesis sifilítica.

Causas escitantes :—

Dislocaciones;
Endometritis;
Desgarraduras del cuello;
Hiperplasia areolar;
Abusos venéreos;
Leucorrea vaginal;
Contacto de pesarios con la superficie vaginal del cuello.

Esta enumeracion de causas prueba que la enfermedad rara vez existe sola, hallándose por lo comun ingertada en otra de mayor importancia; pero esta hipótesis, aunque verdadera, no debe llevarse al estremo en la práctica. Si bien es necesario convenir en que la degeneracion granulosa que afecta la superficie vaginal del cuello y la estremidad inferior de su cavidad, por mucha que sea su estension y gravedad, suele ser consecuencia de algun mal preexistente; no por eso debemos olvidar que la afeccion de que tratamos mantiene por sí misma una hiperemia de las partes subyacentes y vecinas de la matriz, y aun propaga á los ovarios una influencia refleja.

Desde el tiempo de Récamier, casi todos los que han escrito sobre esta materia han dado demasiada importancia á la teoría segun la cual se admite que esta enfermedad proviene de "un estado de induracion é hipertrofia del parénquima del cuello;" pero si bien nadie negará tal causa, tambien es cierto que muchas veces reconoce otras, y que origina ella misma la induracion. Por regla general, puede decirse que suelen producirla, 1°, cualquiera afeccion que mantenga las papilas del cuello bañadas continuamente y durante algun tiempo por flujos icorosos; 2°, cualquiera causa que mantenga el roce contra el cuello; 3°, cualquiera influencia que origine ó perpetúe la congestion del útero. Si se examina el grupo de causas predisponentes y escitantes se observará

que las primeras son precisamente las que favorecen estas influencias morbosas, y las segundas las que positivamente las producen. Por ejemplo, las dislocaciones mantienen la congestion del parénquima y de la mucosa, producen la leucorrea uterina, y hacen que el cuello ingurgitado y escoriado se roce con las paredes vaginales. La hiperplasia es causa de dislocaciones con todos sus resultados, suministrando de antemano un tejido especialmente predispuesto á la hiperemia, y ya de carácter anormal. Las desgarraduras del cuello son orígen fecundo de la hiperplasia del mismo, y el renversamiento, ó eversion, de la mucosa que la acompaña establece el roce, que á su vez termina en leucorrea y aumento de hiperemia. Pero escusado es añadir mas observaciones acerca de las causas que dejamos enumeradas.

Síntomas.—Cuando la degeneracion granulosa va acompañada únicamente de alguna otra afeccion uterina de poca importancia, son muy pocos los síntomas que se manifiestan, no adoleciendo á veces la enferma sino de una leucorrea abundante. El hecho de presentarse generalmente otros síntomas mas graves, corrobora el aserto de que una enfermedad uterina de mayor entidad constituye un elemento importante en tales casos. Los rasgos que de ordinario presentan los casos de carácter mas grave son :—

Leucorrea abundante, sanguinolenta y purulenta ;
Dolor y hemorragia despues del cóito ;
Menorragia ó metrorragia ;
Dolor al andar ;
Dolor constante en la espalda y los lomos ;
Tendencia á la espanemia, ó empobrecimiento de la sangre ;
Afecciones nerviosas, y quizás histerismo.

Signos físicos.—El tacto percibe el hocico de tenca como cubierto de una superficie afelpada ó granulosa, cuya significacion conoce inmediatamente la mano práctica ; pudiendo por este medio sólo establecerse el diagnóstico. El spéculum, sin embargo, nos proporciona su mas amplia corroboracion, desvaneciendo cualquiera duda que exista. El cuello, particularmente en la parte inmediata al orificio esterno, se presenta cubierto de pus, que limpiado, deja á descubierto una placa de mayor ó menor estension, de aspecto sanguinolento, granuloso y de un rojo encendido, que se asemeja mucho al interior del párpado afecto de granulaciones. La superficie enferma, léjos de parecer hundida, sobresale á veces de la membrana mucosa que la rodea.

Curso y duracion.—La marcha de la enfermedad es ilimitada, y aunque es posible que con la mejoría de la salud general, pueda efectuarse la curacion sin tratamiento local, no debe contarse con tal resultado. Las granulaciones pueden continuar por tiempo indefinido derramando pus, determinando así el empobrecimiento de la sangre, y causando graves consecuencias constitucionales.

Patología.—Tres son las alteraciones patológicas de los tejidos de la parte que pueden determinar la degeneracion granulosa, á saber: el desprendimiento del epitelio y la erosion de las papilas; el desprendimiento del epitelio y la hipertrofia de las papilas; el renversamiento, ó eversion, de la mucosa cervical. En la primera se desprende la capa epitelial, formando lo que se llama una erosion, y se destruyen las papilas mismas; en la segunda, desprendido el epitelio, las papilas aumentan de volúmen, se alargan y elevan á manera de granulaciones, comprimiendo las grandes á las pequeñas de tal modo que estas se atrofian y finalmente desaparecen. Cada una de las papilas contiene un vaso capilar en forma de asa, el cual, aumentando de volúmen á medida que aquellas se hipertrofian, y viéndose privado de epitelio que lo proteja, tiende naturalmente á sangrar. Hállase á veces estorbada de tal manera la circulacion en dicho vaso, que se pone varicoso. Atendidos estos dos hechos se han designado estos dos estados con los nombres de úlcera hemorrágica y úlcera varicosa, respectivamente.

Suele ocurrir en este estado otro cambio todavía, que consiste en la formacion de falsas membranas en la superficie enferma, y ha recibido el nombre de úlcera difterítica.

La degeneracion granulosa proviene no pocas veces del renversamiento, ó eversion, del cuello. Como resultado de la congestion prolongada é hiperplasia de los tejidos submucosos, ó del desgarro de las paredes cervicales durante el parto, cae la membrana interna de estas, del mismo modo que la mucosa del párpado en los casos de ectropion; y si no está ya enferma al tiempo de verificarse la eversion, no tarda en enfermarse. La hipertrofia que en estos casos se manifiesta en los pliegues encrestados de la membrana en prolapso, suele darles tal grado de elevacion, que ha sido causa, dice Farre,[1] de que se le diesen los nombres de *úlcera fungosa* ó *granulaciones de cresta de gallo*, aunque opina Scanzoni[2] que dicha elevacion es debida simplemente á una exageracion de la hipertrofia de las papilas que hemos mencionado.

Pronóstico.—Es siempre favorable, si bien puede ser necesario mucho tiempo para efectuar la curacion; porque esta no será radical si no se destruye la enfermedad coexistente.

Tratamiento.—Es menester que, ántes de dar principio al tratamiento, haga el práctico un reconocimiento escrupuloso á fin de cerciorarse de si se trata en efecto de una degeneracion granulosa, ó del desgarro del cuello. Ambos estados se asemejan mucho; el primero complica con frecuencia al segundo; y los medios curativos indicados para el uno son enteramente inútiles para el otro.

La degeneracion granulosa es por lo regular un mal secundario, que sobreviene durante el curso de otro preexistente, y por lo tanto, ántes

[1] Supplement Cyc. Anat. and Phys., p. 695.

[2] Dis. of Females, edicion americana, p. 222.

de adoptar un sistema curativo se debe determinar la enfermedad primitiva, y tratar las dos á un tiempo.

Cuando existe una dislocacion, endometritis, vaginitis, ó hiperplasia areolar, se procurará aliviarlas al mismo tiempo que el mal de que venimos hablando, que es uno de sus resultados. Puede preguntarse cómo se esplica, si es cierto esto, que la simple aplicacion de escaróticos á la superficie enferma, efectúe con tanta frecuencia la curacion, sin que prestemos atencion á la enfermedad coexistente. La respuesta es sencilla : Una influencia á que comunmente se debe la degeneracion granulosa, es un estado morboso de los tejidos mucoso y submucoso de la estremidad vaginal del cuello. La solucion de continuidad á que se aplican los cáusticos, hace las veces de exutorio despues de su aplicacion, y aquellos son provechosos por su influencia alterante y derivativa. Es precisamente de acuerdo con este principio que el médico, llamado á combatir una hiperplasia rebelde del cuello, á la que no acompaña semejante solucion de continuidad, la produce artificialmente, denudando la superficie á favor de un vejigatorio, y curando despues el exutorio así formado, con la aplicacion de cáusticos, como el nitrato de plata ó el ácido crómico puro. No es estraño oir decir á algunos médicos, que en el tratamiento de casos de hipertrofia del cuello alcanzan mejor éxito en los que van acompañados de granulaciones, que en los que no tienen tal complicacion. Las razones espuestas bastan, á mi modo de ver, para esplicar este hecho.

Habiendo presentado las observaciones que anteceden, y encarecido su importancia, paso á considerar el tratamiento especial de esta afeccion. Antes de todo se prestará particular atencion al estado general de la salud, y se prescribirá la observancia de reglas higiénicas y el uso de tónicos los mas adaptables al caso. El tratamiento, desde el principio consiste : 1°, en apartar la superficie granulosa del alcance del roce ; 2°, en precaverla del contacto de flujos icorosos ; 3°, en ejercer sobre ella, por medio de aplicaciones locales, una influencia alterante continua ; 4°, en impedir la congestion del útero y de la parte en que está desarrollada la enfermedad.

Lo primero se efectúa reduciendo el útero, si se halla dislocado, y manteniéndolo en posicion á beneficio de un pesario perfectamente ajustado ; y aun cuando su eje sea normal, es ventajoso á veces elevar el órgano fuera de la pélvis á favor de un anillo elástico. El apoyo suministrado de esta manera, destruye la tendencia del órgano á congestionarse, y puede hacerse mas eficaz todavía evitando se oprima el abdómen con vestidos muy ajustados ó pesados. Los que no hayan empleado este medio coadyuvante no deben mirarlo con desprecio, pues es indudable su eficacia.

Las partes se mantienen limpias de todo flujo leucorréico á favor de inyecciones intra-vaginales copiosas dos veces al dia, y si la secrecion proviene de una endometritis, debe combatirse esta. Lo indicado se

consigue tambien con la aplicacion del colodion estíptico (*styptic colloid*) de Richardson, que consiste en una disolucion fuerte de tanino en colodion de algodon-pólvora; y á la verdad no sé que haya otro medio superior á este para llenar las cuatro indicaciones á que hemos aludido. No sólo obra como alterante directo, sino que formando una costra en la superficie la precave del roce y de las secreciones uterinas; y además disminuye la congestion local con la compresion que ejerce en las papilas escoriadas y los vasos que las nutren, y en el tejido submucoso en estado de acrecentamiento vascular.

A los nervios que presiden á la nutricion y circulacion de la parte, debe comunicárseles una influencia nueva, á favor de tópicos alterantes. De estos, los mejores entre los sólidos son: el nitrato de plata y el sulfato de cobre en barritas; y entre los líquidos, la disolucion saturada de ácido fénico; el ácido crómico (15 gramos en 30 de agua); la tintura de yodo compuesta; un glicerolado de tanino, (partes iguales de tanino y glicerina,) en el cual se empapa un tapon de hilas ó de algodon en rama que se pone en contacto con la parte enferma; el yodoformo; y la disolucion saturada de persulfato de hierro, pura, ó diluida con igual cantidad de glicerina.

Escelente método rutinario es el que consiste en cauterizar primero perfectamente con el nitrato de plata sólido, aplicando en seguida una capa defensiva de colodion estíptico.

Cuando hay desarrollo exuberante de las papilas, que, segun creo, llamó Evory Kennedy *granulacion de cresta de gallo*, conviene, ántes de aplicar el escarótico, cortar las escrecencias tan cerca como se pueda de la mucosa, con unas tijeras largas, y aun raspar la superficie con la cuchareta de acero hasta que se deje lisa. Hecho esto se aplican las mismas sustancias que en los casos de granulaciones ordinarias.

Si existiere un simple renversamiento, ó eversion, del cuello, se debe practicar inmediatamente con tijeras la escision de la mucosa hemorroidal, ó destruirla con el ácido azóico concentrado. Cuando es escesiva la eversion y resultado del desgarro del canal durante el parto, puede remediarse por medio de un procedimiento que consiste en recortar con tijeras largas los bordes de la fisura del cuello, uniéndolos despues completamente con puntos de sutura de plata bien profundos. De esta manera se restablece la integridad del orificio, y se impide el roce con las superficies mucosas en eversion colocándolas en aposicion.

La prevencion de la congestion local y general es la última, pero no la ménos importante, de las indicaciones hechas. Localmente se impide hasta cierto punto con el empleo de los tópicos astringentes y alterantes ya mencionados, y el uso accesorio de supositorios é inyecciones vaginales. Si el caso es rebelde se logra con mas seguridad lo que se desea incindiendo la membrana mucosa y el tejido subyacente, con un bisturí corvo y puntiagudo. La incision se principia tan arriba del cuello como se estienda el mal y se continúa fuera del orificio hasta

donde termine la superficie enferma. Cinco ó seis de estas incisiones superficiales, que no causan dolor, bastan para dividir la red capilar del tejido submucoso y estorbar por algun tiempo la circulacion.

La hiperemia general del útero se alivia mucho separando del órgano el peso de los vestidos á favor de un suspensor de faldas y de una cintura abdominal; evitando los esfuerzos musculares; empleando un pesario; regularizando solícitamente las funciones de los intestinos; manteniendo á la enferma en quietud, sobre todo durante la menstruacion; y haciendo inyecciones calientes y copiosas, en la vagina.

Las aplicaciones locales hechas por el médico, que probablemente no hará uso del spéculum mas de una vez á la semana, deben ser auxiliadas por otras que verifique la enferma misma, y que consisten en el empleo diario de supositorios é inyecciones. Por la mañana y por la noche se baña la vagina durante diez ó veinte minutos con 4 litros de agua templada que contengan 30 gramos de glicerina y 4 de sulfato de zinc; ó bien 8 gramos de sulfato de alúmina, de acetato de plomo, ó de tanino. Si se considera necesario emplear una disolucion astringente de mas potencia, se inyectan 4 litros de agua pura del modo que acabamos de indicar, siguiendo á esta inyeccion otra corta de un litro de una disolucion medicamentosa.

Los supositorios vaginales son asimismo sumamente útiles, y pueden prepararse de modo que contenga cada uno 18 centígramos de óxido de zinc, ó de sulfato de alúmina y potasa; 6 decígramos de pomada mercurial doble; ó 30 centígramos de yoduro de plomo, ó 12 de tanino. A cualquiera de estos supositorios puede añadírsele 6 centígramos de estracto de belladona ó de opio, si quiere dárseles propiedades anodinas. A las sustancias indicadas se añaden los polvos de corteza de olmo (*ulmus americana*), de goma tragacanto, ó de almidon, y se hace una masa homogénea que se cubre con manteca de cacao. Los supositorios se aplicarán una ó dos veces al dia; y pueden introducirse con el dedo; aunque si se emplea con este objeto el instrumento que hemos descrito en la página 135, hay mas seguridad de colocarlos en contacto con la superficie enferma.

La pequeña cantidad de sustancia medicinal que indico para cada supositorio no dejará de sorprender á algunos; á mas altas dósis suelen causar notable malestar; y he observado repetidas veces, enfermas, para quienes 12 centígramos de tanino administrados de esta manera, formaban una dósis demasiado alta, viéndose obligadas, en consecuencia, á dividir en dos partes los supositorios ántes de introducirlos.

Degeneracion Foliculosa ó Quística del Cuello.

Definicion.—Este mal, si bien ménos frecuente que el que acabamos de estudiar, no es nada raro. Consiste en la inflamacion de unos folículos mucosos semejantes á los de la cavidad del cuello, y que se encuentran diseminados por la superficie vaginal de este. Existen tam-

bien en la cavidad misma del útero. Farre dice que "los quistes mucosos del cuello se hallan revestidos de epitelio y de membrana pavimentosa. Contienen una pequeña cantidad de moco, junto con células granulosas. Los que se encuentran en ó cerca del borde del orificio uterino contienen á veces papilas cortas dentro de su márgen." Para poder apreciar cual corresponde los períodos de esta forma de degeneracion, es preciso tener muy presentes los hechos que se acaban de mencionar.

Patología.—Esta afeccion presenta tres aspectos enteramente distintos: 1°, La parte enferma se ve cubierta de numerosas vesículas miliares, llenas de un líquido que parece miel; estas tienen su orígen en la replecion causada por la secrecion retenida de los folículos. 2°, Los quistes se presentan abiertos, es decir, se han roto, y una depresion indica el sitio que ocupaba cada uno de ellos. 3°, Las papilas que encierran se hipertrofian, y en vez de las depresiones mencionadas, se observan tubérculos rojos, elevados y al parecer sanguinolentos.[1] Por lo regular aparece el cuello sembrado de botones esféricos del tamaño de un cañamon, entre los cuales se ven aquí y allí depresiones y elevaciones de color rojo y de carácter al parecer irritable.

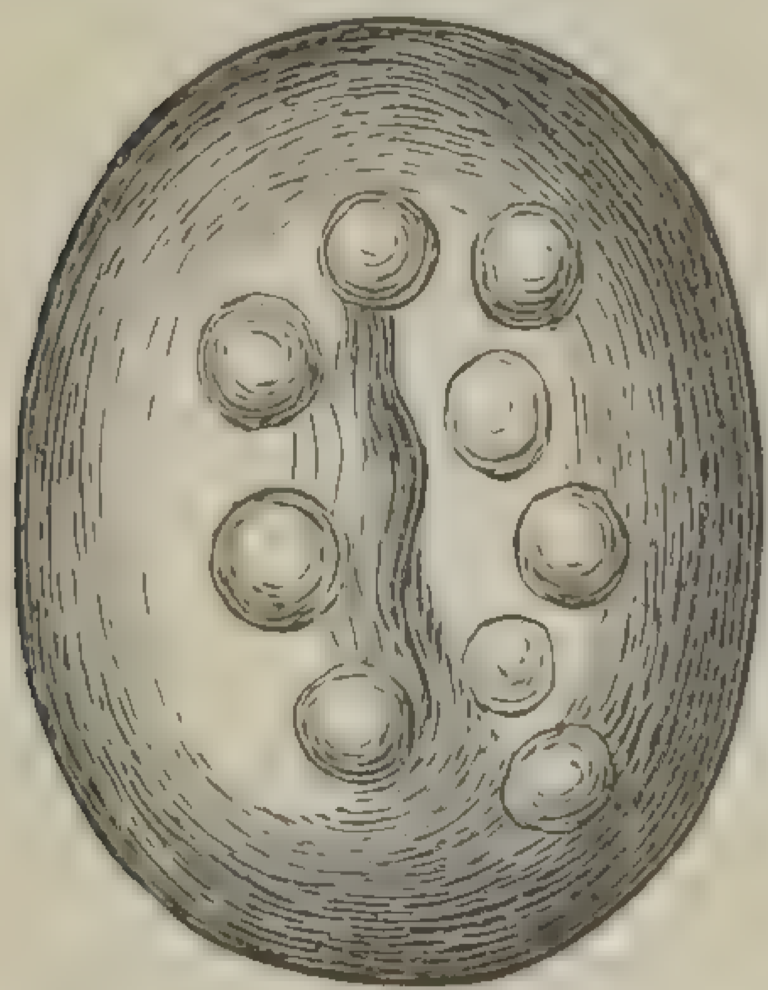


FIG. 85.—Degeneracion quística del cuello.

Sinónimos.—De lo que antecede se deduce fácilmente por qué ha recibido esta afeccion tal variedad de nombres, segun los diferentes períodos en que ha sido observada. A la enfermedad de los folículos se atribuyen las afecciones eruptivas descritas por los autores como acné, herpes, y aftas de la matriz.

Causas.—Todo lo que mantiene la mucosa cervical en estado de congestion, puede ser causa de esta lesion de las glándulas mucosas de la region vaginal del cuello. Entre las principales se cuentan la:—

Endometritis cervical;
Degeneracion granulosa;
Hiperplasia cervical.

Pronóstico.—Este es muy favorable cuando existen sólo unos pocos quistes esparcidos; pero en algunos casos raros en que cubren por completo la estremidad inferior del cuello la curacion se efectúa únicamente amputando la parte que los contiene.

Tratamiento.—El contenido de cada quiste se evacúa con bisturí, y se cauterizan bien las cavidades con ácido crómico, nitrato ácido de mercurio líquido, ó con una barrita muy puntiaguda de nitrato de plata

[1] El conocimiento íntimo de esta materia, así como el de otras muchas relativas á la anatomía y patología del útero, se lo debemos al Dr. Arthur Farre.

sólido. Si la enfermedad se manifiesta en su segundo ó tercer período, el método indicado es el mismo que se emplea en la degeneracion granulosa.

Cuando la degeneracion quística existe en alto grado, y á la evacuacion y cauterizacion de los quistes no se ha seguido la curacion, debe practicarse la ablacion de la cara vaginal del cuello, por medio del alambre del gálvano-cauterio, con bisturí, ó con tijeras; de acuerdo con la regla de cirujía que indica la ablacion de la parte en que reside una enfermedad incurable.

CAPÍTULO XVIII.

ÚLCERA SIFILÍTICA DEL CUELLO DEL ÚTERO.

La sífilis, en su forma primitiva ó en la secundaria, puede presentarse en el cuello de la matriz, pero ámbos casos son raros ; y si bien es un hecho que el verdadero chancro reside en dicho órgano, no lo es ménos que esto sucede pocas veces. Yo no he observado mas que un caso del que puedo asegurar que era de esta naturaleza, en el que se hizo la prueba por medio de la inoculacion, que es el medio mas seguro de cerciorarse, corroborando el hecho la presencia de la roseola sifilítica, sin hallarse enfermedad primaria en otro lugar. El Dr. Bennet [1] dice, que casi nunca lo ha observado en su práctica, y cita la esperiencia de Ricord, Cullerier, Gibert, Duparcque, y otros en confirmacion de la suya propia. Bernutz, que segun Becquerel,[2] hizo un estudio especial del chancro en los hospitales de Paris, describe detalladamente los del orificio uterino, dividiéndolos en Hunterianos, difteríticos, y ulcerosos casi idénticos á los fagedénicos. Las afecciones secundarias del cuello han sido objeto de largas discusiones, teniéndolas unos por muy comunes, y opinando otros lo contrario. Una investigacion cuidadosa hecha en el hospital l'Ourcine, en Paris, convenció á Becquerel de que existian, y Bernutz describió las placas mucosas, vegetaciones, erosiones, tubérculos, y tumores gomosos. El Dr. Bumstead [3] apénas menciona las afecciones sifilíticas del cuello de la matriz, en su tratado de la sífilis, el último publicado sobre esta materia, y que es notable por la manera cabal con que trata de todo lo referente á ella ; omision, que á mi modo de ver, prueba evidentemente lo raro de esas manifestaciones. El autor estudia la sífilis tal como se presenta en cualquiera region del cuerpo, y aun en el saco lagrimal, membrana del tambor, etc. ; pero en ninguna

[1] Bennet on the Uterus, p. 350.
[2] Mal. de l'Utérus, p. 169.
[3] Bumstead on Venereal Diseases.

parte alude á su presencia en el cuello del útero, si se esceptúa el indicar ligeramente haber visto en el Hospital de Bellevue (Nueva York), algunos ejemplos notables de placas húmedas situadas en aquel lugar. Como las placas mucosas son uno de los accidentes secundarios mas comunes, es natural que esperásemos observarlas en el cuello, como prueba de aquel período del mal; pero MM. Davasse, y Deville [1] afirman que el exámen de 186 mujeres afectadas de sífilis manifestó sólo en una atacado aquel lugar.

Curso y terminacion.—La infeccion general del organismo ocurre igualmente cuando el cuello es el punto primeramente atacado que cuando lo es otra cualquiera parte del cuerpo; siendo posible, segun M. Gosselin, que el chancro adquiera el carácter fungoso, en vez de desaparecer rápidamente, como suele suceder. La úlcera venérea del cuello uterino, segun observó primero Robert,[2] y confirmó despues Bernutz, manifiesta marcada tendencia á cubrirse de falsas membranas. Para evitar un error gráve al distinguir esta forma de úlcera, de una afeccion maligna, téngase muy presente el hecho referido por Forster;[3] el cual asegura que la ulceracion sifilítica causa algunas veces tal destruccion de tejido que penetra en la vejiga ó el recto.

Diagnóstico diferencial.—Este, por razones óbvias, es punto de grande importancia, no sólo por lo que hace á la terapéutica, sino porque puede originar una cuestion judicial delicada, que afecte la castidad de la mujer. He aquí los caractéres diagnósticos del chancro:—

Elevacion de los bordes de la úlcera;
Depresion de su superficie;
Tendencia notable á sangrar;
Tendencia notable á cubrirse de capas de falsa membrana;
Aparicion temprana de la roseola sifilítica;
Trasmision por inoculacion.

Estos signos todos son muy importantes, pero el diagnóstico sólo puede basarse positivamente en los tres últimos.

Las vegetaciones,—placas mucosas y otras erupciones secundarias que se presentan en este lugar,—se conocen por los siguientes fenómenos:—

Rapidez de su desarrollo;
Relacion con síntomas constitucionales;
Manifestacion simultánea en la vagina;

[1] Davasse et Deville, Des plaques muqueuses: Arch. Gén. de Méd., 1845, t. ix. et x.
[2] Aran, Mal. de l'Utérus, p. 524.
[3] Klob, ob. cit., p. 243.

Ausencia de la flegmasía crónica del cuello ;
Aspecto característico de las erupciones secundarias.

Tratamiento.—Este es el mismo que se indica cuando el chancro se presenta en otro cualquier lugar. Los síntomas secundarios se combaten con el mercurio ; la superficie atacada se cauteriza ; haciendo despues aplicaciones de tópicos mercuriales, de los cuales los mejores son : el agua fagedénica de la farmacopea francesa, el agua fagedénica negra de los ingleses, la pomada mercurial, y el calomel.

CAPÍTULO XIX.

CONSIDERACIONES GENERALES ACERCA DE LAS DISLOCACIONES DEL ÚTERO.

Historia.—En los escritos de las escuelas griega y romana vemos que los médicos mas antiguos no carecían de conocimientos en esta materia. Hipócrates alude terminantemente á ella, y Galeno y Moschion con mayor exactitud y claridad todavía, en el siglo segundo de la era cristiana. Esta observacion es aplicable no sólo al descenso sino tambien á las oblicuidades, que evidentemente conocían bien, puesto que Hipócrates y Moschion describieron hasta la histeroloxia lateral, (látero-version) de que los autores modernos apénas han hablado. No existe, sin embargo, el menor indicio de que supiesen distinguir las versiones de las flexiones.

A mediados del siglo décimo-octavo vemos que los ginecólogos fijan su atencion en las oblicuidades y aun en las flexiones del útero puerperal, pero descuidando los mismos accidentes del órgano en el estado de vacuidad. En esa época Gartshore, W. Hunter, Jahn, y Desgranges describieron las oblicuidades de la matriz; y Saxtorph, Wltczek, Baudelocque, y Böer, las flexiones de la misma. Gartshore describe un caso de retroflexion complicado con retroversion, aunque la flexion no fué objeto especial de su exámen. Saxtorph, en una memoria (1775), titulada *De Ischuria ex utero retroflexo*, refiere un caso, añadiendo el resultado del exámen autópsico; pero las palabras *orificium alte supra pubem reperi* nos autorizan á no creerlo verdadero. Hácia la misma época publicó Wltczek otro caso *de útero retroflexo*, que aunque incuestionable, está fuera de nuestro objeto, por haber tenido lugar durante la gestacion. En esa época llamaron la atencion en Francia é Inglaterra las dislocaciones del útero. "Entónces fué cuando Chopart, á su regreso de Inglaterra donde había trabado íntimas relaciones con Hunter, presentó á la Academia de Cirujía un informe de los adelantos hechos en un ramo de la ciencia, que treinta años ántes había despertado el interés de los profesores franceses."[1] Denman fué el primero

[1] Cusco, "Thèse sur l'Antéflexion et la Rétroflexion de l'Utérus," Paris, 1853.

que, en 1800, describió la flexion del útero en el estado de vacuidad, publicando un caso de retroflexion ; pero la materia quedó incompleta hasta el año 1827, en que M. Améline, de Francia, describió la flexion anterior. Los adelantos realizados se deben mas especialmente á los autores siguientes :—

Bazin, de Paris	1827.
Améline, de Paris	1827.
Boivin y Dugès, de Paris	1833.
Simpson, de Edimburgo	1843.
Amussat, de Paris	1843.
Bennet, de Edimburgo	1845.
Hodge, de Filadelfia	18—.

Los hechos suministrados por estos autores han enriquecido el caudal de la ciencia médica, y han sido admitidos en todos los tratados sistemáticos de ginecología. En la lista que antecede he incluido solamente aquellos escritores que han emitido ideas nuevas, ó en algun modo han contribuido al adelanto de la materia. A Bazin le pertenece la gloria de haber sido uno de los primeros que han escrito sobre ella ; á Améline, además de esta, la de ser el primero que describió cabalmente las flexiones, diferenciándolas de las oblicuidades. Boivin y Dugès dedicaron espacio á esta materia, en un tratado sistemático de ginecología ; y Amussat, observando estos fenómenos durante el embarazo, contribuyó con nuevos datos al progreso de la ciencia. A estos siguieron los brillantes trabajos de Simpson, que abrió la senda al diagnóstico, é introdujo la sonda uterina ; y en época posterior, los no ménos apreciables de su compatriota el Dr. Bennet, que sostuvo el hecho enunciado por Lisfranc, en el que este último no logró fijar la atencion de los ginecólogos fuera de Francia, á saber : que la enfermedad de la estructura del órgano causa muy generalmente su dislocacion.

En los Estados Unidos, la ciencia es deudora principalmente á Dewees, Meigs, y Hodge por las ideas exactas que posee acerca del ramo de que nos venimos ocupando. Hodge mas particularmente ha asociado con ella su nombre, contribuyendo con sus importantes trabajos al progreso de la patología y la terapéutica.

Importancia patológica de las oblicuidades y flexiones.—Los antiguos atribuían á estas dislocaciones muchas dolencias constitucionales, como la parálisis, el histerismo, etc., y aun en épocas muy recientes han sido consideradas como causa de mucho dolor en la pélvis, y de perturbaciones uterinas funcionales, que se suponía las acompañaban casi siempre. Esta creencia se hizo muy general hasta 1854, apoyándola hombres de tan poderosa influencia como Velpeau, Simpson, y Valleix. Es verdad que había sido combatida ántes por Cruveilhier, y Dubois ;[1] pero en la época mencionada promovióse en la Academia de Medicina

[1] Goupil, B. & G., ob. cit., p. 459.

de Paris una reñida discusion, que no sólo puso en duda su exactitud, sino que dió márgen á una fuerte oposicion, en cuyas filas aparecieron Depaul, H. Bennet, Aran, Becquerel, y otros facultativos no ménos eminentes. Sostenían estos la hipótesis de que las dislocaciones de la matriz, cuando se presentan sin lesion de estructura, no producen perturbacion ninguna constitucional, no suelen causar incomodidad, ni requieren en el tratamiento la atencion que se les había prestado. Opinaban además, que la dislocacion por sí sola no escita dolor, considerándolo, cuando existía, como un epifenómeno debido á otra lesion de mayor importancia. De aquí su oposicion á que se confiase en el apoyo que, como punto esencial de tratamiento, creían sus opositores, prestaban los pesarios.

Cuando se repudian teorías que se suponen erróneas, es muy comun volverse estremistas con las nuevas que se adoptan. Así ha sucedido en el presente caso; y Scanzoni justifica ese aserto cuando dice, que "las flexiones de la matriz sólo adquieren importancia ó provocan síntomas graves cuando se complican con alteraciones en la estructura del órgano."

Creo que los hechos justificarán las tesis que sobre esta materia paso á esponer :—

1ª. Las oblicuidades y flexiones del útero pueden existir, aunque muy rara vez, sin presentar síntoma alguno, puesto que por sí no constituyen un estado morboso; así se esplica cómo en algunos casos raros vemos la matriz completamente fuera de su lugar, debido al uso de vestidos ajustados, sin que se produzcan fenómenos morbosos.

2ª. Estas lesiones, por regla general, adquieren gran importancia y requieren especial atencion, porque oponen obstáculos á la salida de los menstruos, trastornan la circulacion uterina, sosteniendo la hiperemia; causan compresion y roce por el contacto con las partes adyacentes, é impiden la entrada del flúido seminal.

3ª. Siendo con frecuencia resultado, así como tambien causa, de enfermedades uterinas y peri-uterinas, una de las miras del tratamiento debe dirigirse al alivio de estas condiciones.

4ª. El tratamiento por medio de pesarios y procurando apartar del útero el peso de los intestinos, es de gran valía; pues aunque no ejerza la menor influencia en el mal primitivo, podemos, con su ayuda, aliviar uno de sus síntomas mas molestos, y que suele agravar y prolongar la afeccion que lo originó. Los pesarios son muy útiles y eficaces cuando la dislocacion proviene de la relajacion de los ligamentos uterinos, á consecuencia del peso aumentado de las vísceras abdominales, ó de la compresion que estas ejercen en el órgano; y aun en los casos de flegmasía de la membrana interna, puede llegar á ser necesario su empleo, para evitar que se relajen los medios de fijeza naturales del útero.

5ª. El hecho de haberse atribuido casi todas las hipertrofias del útero á la flegmasía del parénquima, esplica la marcada oposicion de

muchos á los pesarios. La elevacion mecánica de una víscera inflamada les parecía contraria á la razon; y miéntras no se curaba la inflamacion, todo esfuerzo se dirigía al parecer contra un fenómeno incidental resultado, y no orígen, del mal. Esa objecion teórica carece de valor en la actualidad, puesto que sabemos que lo que se suponía metritis crónica es en realidad un vicio de nutricion que produce una nueva formacion de tejido conjuntivo.

6ª. Otra circunstancia hay que esplica tambien aquella oposicion:—

La aplicacion de los pesarios necesita la habilidad é inteligencia que se adquieren con la práctica, no sólo para lograr que reporten utilidad, sino á fin de evitar que causen daño á la enferma. En manos de un médico para quien su uso no haya sido objeto de un estudio especial, ó al ménos detenido, y que nunca aplique mas de media docena al año, son peligrosísimos los pesarios; y esperar que, aplicados por manos inespertas, proporcionen eficacia, bienestar y seguridad, no está mas puesto en razon que querer que sin haber aprendido el oficio de zapatero se pueda calzar con la perfeccion debida.

Definicion y sinónimos.—Los autores ingleses y americanos designan con el nombre de dislocacion todo cambio marcado en la posicion del útero, cualquiera que sea la direccion en que se verifique; miéntras que los escritores franceses aplican dicho término sólo al ascenso y descenso del órgano, reservando el de desviacion para las oblicuidades y flexiones.

Anatomía.—Las relaciones normales del útero en la pélvis se mantienen á favor de los siguientes medios:—

1º. La vagina, aunque de una manera casi insignificante;
2º. El tejido areolar y fascia de la pélvis;
3º. Su justaposicion con respecto á la vejiga y al recto;
4º. Los ligamentos que siguen:—

a. Los redondos, que son continuaciones del tejido uterino;
b. Los vésico-uterinos, que son cintas de fascia pelviana y de tejido muscular uterino, que se estienden desde la vejiga hasta el punto de union del cuerpo y el cuello de la matriz, donde se insertan, é impiden la retraccion del último;
c. Los útero-sacros, formados por repliegues de la fascia hipogástrica, y continuaciones de los tejidos de la matriz y de la vagina; los cuales se estienden desde la cara posterior del cuello hasta la anterior del sacro, é impiden la inclinacion hácia adelante del cuello;
d. Los anchos, formados por un repliegue del peritoneo que encierra una capa celulosa, los ovarios y sus ligamentos

redondos, é impiden las dislocaciones lateral, anterior y posterior.

5°. El apoyo que suministra el abdómen.

Ninguno de estos medios de suspension de la matriz tiene parte en sus flexiones ó inversion, las que son regidas por otras influencias de naturaleza distinta. El tejido de la matriz en estado de vacuidad, es tan fuerte y resistente en la mujer adulta, que imposibilita la incurvacion demasiado pronunciada del cuerpo sobre el cuello, ya sea anterior, posterior ó lateral; debiendo el órgano á esa circunstancia el hallarse exento de dichas irregularidades.

El tejido uterino, estimulado por la preñez, se convierte rápidamente en estructura muscular; la contraccion tónica de esta mantiene cerrada la cavidad del órgano, é impide la inversion del mismo, á ménos que se efectúe por absoluta violencia; pero si esa fuerza contráctil se destruye por una causa cualquiera, y al estado de tonicidad sucede el de atonía, puede sobrevenir la flexion ó la inversion.

Ya se deja entender que ciertas influencias mecánicas pueden llevar por fuerza hácia arriba, abajo, atras, ó un lado, el órgano sostenido así, y aun doblarlo sobre sí mismo, ó invertirlo por completo de dentro á fuera; determinando la naturaleza de la dislocacion la direccion de la fuerza motriz ó el carácter y sitio de la pérdida de apoyo. Estas dislocaciones se han designado con los nombres que siguen:—

Ascenso:
Descenso, ó prolapso;
Anterversion;
Anteflexion;
Retroversion;
Retroflexion;
Látero-version;
Látero-flexion;
Inversion.

Es innecesario retener estas variedades en la memoria; pues si el estudiante se imagina un saco piriforme, de guta-percha por ejemplo, suspendido en una cavidad por medios susceptibles de relajacion, comprenderá que los únicos cambios de posicion que puede presentar son los que van enumerados.

Las causas generales que ocasionan esos resultados en la matriz, son las siguientes:—

1ª. Toda influencia que aumente el peso del útero;

2ª. Toda influencia que debilite los medios de fijeza del útero;

3ª. Toda influencia que obligue al útero á abandonar su posicion;

4ª. Toda influencia que mediante una fuerza de traccion ejercida en el útero lo disloque.

Esplicaremos en otros términos y con mas detenimiento lo que antecede :—

1°. Los medios que fijan la matriz son capaces para sostenerla cuando su peso es normal; pero dejan de serlo cuando se aumenta dicho peso.

2°. Aun cuando el peso del útero no sea mayor que el normal, puede tambien motivar su dislocacion el del apoyo que le es esencial, y que está destinado á sostenerlo.

3°. Por mas que la matriz y sus medios de fijeza se hallen en perfecto estado normal, claro es que una presion directa ó poderosa bastará para vencer la resistencia de dichos medios y desalojar el órgano.

4°. Es igualmente cierto que así como en el cadáver podemos atraer el útero fuera de su sitio, á favor de una crina implantada en sus tejidos; lo mismo efectúa en la mujer viva la contraccion de un exudado de linfa, ó el prolapso de la vagina.

Sentados todos estos hechos, pasaremos á enumerar concisamente las causas especiales de las dislocaciones uterinas.

1. *Influencias que aumentan el peso del útero.*

Congestion;
Tumores en el parénquima, ó cavidad;
Preñez;
Crecimiento escesivo de cualquiera de sus partes componentes;
Subinvolucion;
Retencion de flúido en la cavidad;
Masas cancerosas ó tuberculosas.

2. *Influencias que debilitan los medios de fijeza del útero.*

Rasgadura del periné;
Debilidad de las paredes vaginales;
Estiramiento de los ligamentos uterinos;
Atonía del tejido del útero;
Degeneracion del tejido uterino;
Capacidad anormal de la pélvis.

3. *Influencias que desalojan de su sitio el útero.*

Las ropas ajustadas;
Los vestidos pesados, ceñidos en el abdómen;
Esfuerzos musculares;
Ascitis;
Tumores abdominales;
Abcesos, ó acumulaciones de linfa;
Replecion de la vejiga.

4. *Influencias que ejercen traccion en el útero.*

Depósitos de linfa en el tejido areolar de la pélvis ;
Depósitos de linfa en el peritoneo de las vísceras pelvianas ;
Cicatrices en las paredes de la vagina ;
Retraccion de los ligamentos uterinos ;
Reducida estension de la vagina ;
Prolapso de la vagina, de la vejiga, ó del recto.

El modo de obrar de cada una de estas causas es tan fácil de comprender que no hay para qué deternernos á esplicarlo en este lugar ; tanto mas cuanto que trataremos de este asunto por estenso mas adelante.

Ninguna circunstancia reune tantas de las causas mencionadas como la gestacion y el parto. Cuando la involucion consecuente á estos fenómenos se verifica sin obstáculo, no hay tendencia á dislocaciones ; pero el proceso involutivo se contiene á menudo como consecuencia de la interrupcion de la metamórfosis retrógrada de la matriz ; este permanece aumentado de volúmen y peso ; la vagina floja y voluminosa, y débiles y relajados los ligamentos uterinos que deben principalmente su resistencia al tejido uterino que contienen. Tambien se debilita con frecuencia el periné, como resultado del parto, permitiendo el prolapso de la vagina, que á su vez ejerce traccion en el útero.

Escusado es estendernos mas sobre las dislocaciones uterinas en general ; pasaremos, pues, á completar el bosquejo que precede, estudiando las circunstancias particulares de cada una de las variedades de la afeccion.

CAPÍTULO XX.

ASCENSO Y DESCENSO DEL ÚTERO.

Ascenso del Utero.

La matriz en su estado normal desciende en la cavidad pelviana hasta unas dos pulgadas de la vulva. Cuando hay aumento en su peso, baja mucho mas, y continúa descendiendo á medida que crece su volúmen, hasta alcanzar tal grado de desarrollo, que ya no cabe en la pélvis, y se escapa de la cavidad de esta, ascendiendo, en busca de mas espacio, por encima del estrecho superior. Este cambio se efectúa en todo embarazo normal. El órgano, durante los tres primeros meses, desciende en la pélvis, hallándose en estado de prolapso ; pero su tamaño es tan grande al acercarse el cuarto mes, que ya no cabe en la cavidad pelviana, y se escapa por encima del estrecho superior, donde encuentra ancho campo para completar su desarrollo. Este cambio de posicion no se limita al estado de preñez : ocurre tambien cuando el órgano es asiento de vegetaciones morbosas. El término *ascenso* se aplica, pues, al útero que sale de la pélvis por motivo de dichas vegetaciones.

El ascenso de la matriz no requiere mencion especial, pues nunca constituye enfermedad primitiva, siendo siempre resultado de algun cambio importante en el órgano. Puede ocurrir cuando se desarrolla un tumor en conexion con la vagina, el recto ó el fondo de saco vaginal posterior ; cuando existe alguna formacion morbosa en las paredes, ó la cavidad del útero, que aumenta su tamaño y hace que no quepa en la pélvis ; ó cuando un tumor abdominal la atrae hácia arriba. Este estado de la matriz nunca requiere tratamiento, y es importante sólo como indicio de preñez, ó como comprobacion de algun desarrollo morboso en relacion con los órganos genitales.

Descenso ó Prolapso del Utero.

Definicion, sinonimia y frecuencia.—El nombre de este mal esplica su naturaleza con bastante claridad. Ocurre con frecuencia, y es bien

conocido de las mujeres, que lo miran con un horror especial; y así como casi todas las que han pasado de la edad crítica temen intuitivamente el cáncer de la matriz; muchas de las que no han llegado á ese período manifiestan grande aprension de verse víctimas del prolapso: la inquietud de las primeras es por temor á la muerte; la de las últimas por el de inutilizarse y perder su bienestar.

La nomenclatura de este asunto, por desgracia de los que han de estudiarlo, es algo oscura. Algunos llaman prolapso *incompleto* todo caso en que el útero no franquea la vulva, y *completo* aquellos en que el órgano sale fuera de esta; otros aplican el término *procidencia* al prolapso completo; habiendo habido quien designara con el nombre peregrino de *squatting uterus* (*útero agachado*) los casos de descenso apénas perceptible en que el eje del órgano no ha cambiado de direccion. Con objeto de simplificar hasta donde sea posible, doy á todos el nombre de prolapso, clasificándolos en tres grados: primero, segundo, y tercero.

Anatomía.—Los medios que á continuacion enumeramos son los que sostienen en la pélvis el delicado equilibrio de la matriz é impiden que esta baje al suelo de aquella. Una capa de tejido areolar que la fija en la vejiga, en el recto, y en las paredes de la pélvis; ciertos ligamentos que lo fijan en puntos de apoyo inmediatos; la tendencia general del abdómen á sostener las vísceras que encierra y las contenidas en la pélvis; las paredes elásticas de la vagina. Acerca del apoyo suministrado por la vagina, son encontradas las opiniones; algunos, como Savage lo niegan, y otros como Bennet, West y Kiwisch lo afirman. Yo soy de parecer de que algun sosten han de proporcionar la tonicidad y el contacto mutuo de las paredes vaginales; si bien mis observaciones han modificado notablemente la opinion exagerada que ántes tenía acerca de su importancia. El prolapso de la vagina, determinado por la atonía de esta, va generalmente acompañado del descenso de la matriz; pero esto no prueba si el útero cae por falta de apoyo, ó por ser arrastrado por el peso de la vagina, que es lo mas probable.

Háse mirado además como muy importante un esperimento que Aran atribuye á Stoltz, y que consistía en quitar toda la vagina sin que se notara el menor descenso del útero. Pero á poco que se reflexione se ve que esto no prueba casi nada, demostrando únicamente el hecho de que los demas medios de fijeza del útero bastan por sí solos á sostenerlo; lo cual nunca se ha puesto en duda, ni tampoco se ha pretendido nunca que fuese la vagina el único apoyo de la matriz.

No cabe duda de que el útero se halla en gran parte sostenido por el tejido areolar, el cual lo une tan íntimamente al recto, á la vejiga, y á las paredes pelvianas, que el descenso del órgano gestador determina la dislocacion de dichas vísceras. El Dr. Savage, queriendo, á favor de unas pinzas con que agarraba el cuello, arrastrar hácia abajo el útero de un cadáver, no pudo lograrlo, aun despues de cortados los ligamentos

principales y de vencida por la fuerza la resistencia de la vagina; lo que esplica diciendo que "el obstáculo residía en el tejido celular subperitoneal de la pélvis, especialmente en la parte que rodea y acompaña los vasos sanguíneos uterinos."

Los obstáculos mas importantes que se oponen al prolapso, son los ligamentos útero-sacros, considerados por Aran como los únicos ligamentos verdaderos del útero. Partiendo del punto de union del cuello y el cuerpo de la matriz, se dirigen hácia atras, abrazando el recto entre sus dos estremidades posteriores, que terminan en el tejido celular subperitoneal, á la altura de la segunda vértebra lumbar; aunque escepcionalmente se fijan en el recto. El reconocimiento de esta disposicion anatómica de esos ligamentos importantes, fué lo que indujo á Huguier á sugerir que se los llamara útero-lumbares en vez de útero-sacros. Están formados de un repliegue del peritoneo, de fibras musculares que se incorporan con las del útero y las de la vagina, y de tejido celular. El apoyo que suministran al útero es innegable, como, tambien lo es, aunque en grado menor, el de dos repliegues análogos que unen anteriormente el cuello á la vejiga.

Las fuerzas que van enumeradas son probablemente las únicas que se reunen para estorbar el prolapso en sus grados primero y segundo; pues no entran en accion los ligamentos anchos y redondos hasta despues de vencida enteramente la resistencia de aquellas y siendo ya completo el descenso.



Fig. 86.—El eje de la matriz en los tres grados de prolapso.

Variedades.—La dislocacion puede ocurrir repentina é inesperadamente, ó de un modo lento y gradual. Los síntomas en ámbos casos difieren sólo en la rapidez y gravedad de su desarrollo; y como la última variedad es la mas frecuente, me ocuparé principalmente de ella, describiendo con breves palabras la primera en el lugar correspondiente.

El prolapso puede existir en primero, segundo, ó tercer grado, y la direccion del eje del útero en cada uno de ellos va representada en la Fig. 86.

En el primero el órgano sólo se ha hundido un poco en la pélvis, y conserva su direccion normal; en el segundo el cuerpo se inclina hácia el sacro y el hocico de tenca viene á salir á la vulva; y en el tercero, vencido el último obstáculo, una parte, ó la totalidad del órgano cuelga entre los muslos.

Causas.—Las causas predisponentes son:

El parto;
Ocupaciones penosas;
Edad avanzada;
Constipacion habitual.

Las causas escitantes, en todo caso, pertenecen á una de estas cuatro variedades: las que aumentan el peso del órgano; las que debilitan sus medios de fijeza; las que lo empujan hácia abajo, viniendo la fuerza de arriba; y las que lo hacen descender atrayéndolo desde abajo; por consiguiente, el mejor modo de presentar un sumario conciso de las causas escitantes del prolapso, es referirme al resúmen hecho al tratar de las consideraciones generales sobre las dislocaciones.

a. Ejemplos de causas que tienen relacion con el aumento de peso del útero:

Tumores submucosos, subserosos, ó del parénquima;
La preñez (rara, pero no desconocida);
Hipertrofia, ó hiperplasia;
Retencion de líquido.

b. Ejemplos de causas en relacion con la debilidad de los medios de fijeza naturales del útero:

Dimensiones escesivas de la pélvis;
Rasgadura del periné;
Atonía de las paredes vaginales;
Atonía de los ligamentos uterinos;
Absorcion de grasa procedente del tejido areolar de la pélvis;
Relajacion de las paredes abdominales.

c. Ejemplos de fuerzas que empujan el útero hácia abajo:

Accesos violentos de tos;
Tumores en el abdómen;
Ascitis;
Esfuerzos musculares violentos;
Vestidos ajustados y de mucho peso;
Esfuerzos violentos para defecar.

d. Ejemplos de causas que arrastran el útero hácia abajo:

Reducida estension congénita ó accidental de la vagina;
Prolapso de la vagina, cistocele, rectocele;
Subinvolucion de la vagina.

Ya he dicho que el estado en que estas influencias nocivas se ejercen mas de consuno es el que sigue mas inmediatamente al parto; que el peso del útero es mayor que de ordinario; débil y relajada la vagina, de resultas de la distension que ha esperimentado poco ha; muy alargados los músculos uterinos, y muchas veces flojos los esfínteres de la vagina. Cuando en medio de esto ocurre, como tan frecuentemente sucede, la rasgadura del periné y del hocico de tenca, seguida de la subinvolucion de la vagina, del útero y de sus ligamentos, hállanse reunidos todos los elementos del cuadro patológico que da lugar á la dislocacion de que se trata.

Esta combinacion es la mas frecuente de todas las causas del prolapso, y de aquí las dificultades para la curacion. Esta es la razon de que sea raro el prolapso en las mujeres que no han tenido hijos, ménos raro en las que han parido una sola vez, y tanto mas frecuente al parecer cuanto sean mas numerosos los partos. Segun Scanzoni, de 114 casos de descenso de la matriz, 99 se presentaron en mujeres que habían tenido hijos.

En el órden de frecuencia se sigue un estado propio de la vejez: consiste en la pérdida de resistencia de la vagina, ocasionada por la atrofia de este conducto, y la absorcion del tejido adiposo que ordinariamente ocupa ciertas partes de la pélvis, y ayuda á la vagina á sostener el útero. Algunos patólogos alemanes han hecho especial mencion de este estado morboso, en cuya importancia el Dr. Barnes, de Lóndres, ha hecho fijar la atencion. En dicho estado, el útero, aunque atrofiado y de poco peso, desciende á causa, en parte, de la falta del apoyo vaginal, y en parte, de la fuerza de traccion debida al prolapso progresivo de las paredes de la vagina. Atendido el efecto que produce en el útero por la respiracion, no se puede negar que la cavidad abdominal ejerce una fuerza contentiva particular en dicho órgano, que se eleva y baja con la misma regularidad que el diafragma, ni mas ni ménos que si formase él mismo parte del aparato respiratorio. El Dr. Matthews Duncan [1] ha prestado un gran servicio con su admirable dilucidacion de este hecho; y creo que las investigaciones análogas á las suyas serán las que á mayor número de preciosos descubrimientos conduzcan en lo sucesivo relativamente á la etiología de las dislocaciones uterinas. Probablemente la atonía de las paredes abdominales deja la puerta abierta para la desviacion del útero, cambiando la direccion de la fuerza trasmitida á este órgano, á la vejiga, y á la pared anterior de la vagina, y permitiendo la entrada de los intestinos en la prolongacion peritoneal anterior ó escavacion uterina anterior.

El aumento de peso del útero, y la compresion gravativa contribuyen tan evidentemente á producir el prolapso, que nadie negará su influencia ocasional.

Patología.—La patología y mecanismo de esta dislocacion, mas que de otra ninguna, dan lugar á gran diversidad de pareceres entre los ginecólogos, á pesar de haberse hecho para su esclarecimiento los mayores y mas concienzudos trabajos científicos, entre los que pueden citarse como ejemplos, las investigaciones de Aran,[2] Legendre,[3] Huguier,[4] Savage,[5] y Taylor.[6]

[1] Researches in Obstetrics.

[2] Études Anatomiques et Anatomo-pathologiques sur la Statique de l'Utérus. Paris, 1858, Archiv. Gén. de Méd.

[3] De la Chute de l'Utérus. Paris, 1860.

[4] Les Allongements Hypertrophiques du Col de l'Utérus. Paris, 1859.

[5] Female Pelvic Organs. Lóndres, 2ª ed., 1870.

[6] On Amputation of the Cervix Uteri, etc. New York, 1869.

La falta de espacio me impide considerar detalladamente las teorías de estos autores, y me limitaré principalmente á una esposicion algo dogmática de las mias propias, si bien manifestando con franqueza que en gran parte están basadas en las investigaciones á que he aludido.

El prolapso, ya sea debido al aumento de peso del útero, ya á la falta de vigor en las partes que deben sostenerlo, ó ya á la compresion gravativa experimentada por el órgano, tiene por resultado constante la disminucion de la fuerza de los medios de fijeza de la matriz. Los ligamentos se alargan, la vagina se distiende, doblándose sobre sí misma ó invirtiéndose, y los esfínteres pierden hasta cierto grado su contractilidad. Generalmente la mucosa del órgano dislocado es asiento de congestion y flegmasía; hay aumento de dimension de la cavidad, y el cuello presenta soluciones de continuidad. Los pliegues de la vagina están borrados, y el tapiz del conducto, espuesto á la influencia del aire y del roce, presenta mas bien el aspecto de la superficie cicatrizada de una quemadura, que la de una membrana mucosa.

Legendre dice: "la tension de las fibras aponeuróticas de los ligamentos anchos, durante el prolapso uterino, da lugar á la compresion de las venas hipogástricas, así como se produce la de las venas del cuello por la tension de la fascia cervical, cuando se echa fuertemente hácia atras la cabeza. De esta manera se mantiene la congestion del útero y demas órganos pelvianos." El prolapso, por contribuir así á producir hiperemia, va comunmente acompañado de hiperplasia del tejido areolar del órgano; al paso que este esperimenta un aumento absoluto de volúmen, alterándose con especialidad el tejido del cuello. Con la hiperplasia existe simultáneamente una degeneracion varicosa de los vasos sanguíneos del cuello, y absorcion de su testura propia; lo cual aumenta la ductilidad ordinaria de la parte, que se alarga á la menor fuerza de traccion, produciendo el fenómeno de cambio de longitud de la matriz, de que se ha hecho mencion al tratar de los signos físicos. Las paredes de la vagina están engrosadas por la proliferacion de su epitelio, é hipertrofia de las capas submucosas de tejido areolar; lo que no sólo aumenta la capacidad del conducto, sino que lo hace mas pesado y voluminoso que en el estado normal; y los dos últimos cambios, si bien consecuencias de la dislocacion del útero, atraen el órgano hácia abajo y favorecen su tendencia á descender.

Cualquiera de las cuatro influencias que van enumeradas, puede por sí sola determinar la caida del útero de su posicion normal en la pélvis. Sin embargo, no debe suponerse que sea por lo comun una sola la causa que produzca este resultado, pues al contrario, sucede que dos, tres, y aun cuatro suelen reunirse para efectuarlo. Considéranse separadamente para poderlas estudiar así con mayor perfeccion, y tambien porque aun cuando varias causas se junten como factores, una sola tiene ordinariamente preponderancia.

La investigacion clínica escrupulosa de tan interesante materia

hará ver que el descenso del útero se verifica de uno de los modos que vamos á describir :—

1°. Una mujer que se hallaba sana empieza á quejarse de tirantez en los lomos, dolores en la espalda, y cierta sensacion de fatiga en la pélvis. El exámen revela que la matriz descansa en el suelo de la pélvis, sin cambio de direccion en su eje ; no hay rasgadura del periné ni redundancia de la vagina, y los hábitos de la enferma son negativos en cuanto á que el estado existente sea consecuencia de esfuerzos musculares ó vestidos demasiado ajustados. Mediante el exámen atento del útero dislocado, se le ve aumentado de volúmen y peso, de resultas de la subinvolucion, ó se descubre que su testura es asiento de un tumor fibroso ; los medios de fijeza del órgano, ántes perfectamente sanos, han cedido á un peso superior á su fuerza : en una palabra, el aumento de peso de la matriz es la causa primordial del mal. Mas continúese observando este caso. El descenso parcial ya verificado, ha dado lugar á la caida de la vejiga, compresion del recto, é hiperemia de los tejidos de la vagina ; y estirando los ligamentos uterinos, comienza á privarlos de su fuerza. La compresion del recto y la traccion de la vejiga son causas de irritacion, la enferma tiene que hacer grandes esfuerzos para evacuar dichas vísceras, y se desarrolla una nueva influencia, á saber : la compresion gravativa que desde arriba se ejerce en el órgano. La congestion de la vagina pronto da lugar al desarrollo escesivo del tejido areolar ; las paredes de aquella caen en el conducto que forman ; y así se establece otra influencia nociva : la fuerza atractiva inferior que arrastra el órgano hácia abajo. La matriz se encuentra ya en prolapso completo, el hocico de tenca se presenta fuera de los grandes labios ; y si sus ligamentos se hallaban ántes alargados, ¡ cuánto mas no lo estarán ahora !

2°. En este ejemplo del primer grado de prolapso, el útero se presenta sano, y normal su volúmen, peso y consistencia. Las partes que lo fijan parecen perfectas, y no existe nada que de abajo le haga esperimentar traccion alguna : en una palabra, todo se encuentra en estado normal, si se esceptúa el órgano mismo, que ha descendido. El exámen de la mujer demuestra que, ó bien sus ocupaciones han sido trabajosas, teniendo que levantar grandes pesos y que tomar al efecto posiciones forzadas ; ó que durante algun tiempo ha padecido una tos espasmódica violenta, ó un estreñimiento rebelde que ha causado el tenesmo. Aquí la causa del prolapso es evidentemente una fuerza aplicada desde arriba sobre el órgano ; pero que muy en breve deja de ser causa única, pues no tarda en completarse el encadenamiento vicioso con el aumento de peso de la matriz, ocasionado por la congestion ; la debilidad progresiva de los medios de fijeza del órgano debida á la traccion prolongada ; y la caida de la vagina hipertrofiada, y de la vejiga en prolapso, que arrastran tras sí el útero.

3°. El exámen del útero en otro caso exactamente idéntico en cuan-

to á los síntomas, no revela aumento de peso, ni la existencia de compresion gravativa ejercida superiormente en el órgano; pero en cambio se nota un esceso de amplitud de la pélvis que siempre ha tenido por resultado precipitar el parto, ó que se está desarrollando una atrofia senil, por tener la enferma mas de sesenta años; ó finalmente que, habiéndose rasgado el periné, las paredes posterior y anterior de la vagina se presentan fuera de la vulva en forma de bolsas ovóideas, sin que sea el prolapso en grado suficiente para que la vagina arrastre tras sí el útero, y sí lo bastante para reducir la estension del canal, permitiendo la salida de su estremidad inferior. En este caso la causa de la lesion es la pérdida de apoyo esperimentada por la matriz. El útero tiene su peso normal y no se halla espuesto á ninguna compresion ni traccion nociva; pero aun así y todo las partes ya débiles que lo fijan en la pélvis no pueden llenar sus funciones, y dejan que el órgano se precipite. Este desciende hasta el segundo grado de prolapso, y la tirantez que ejerce sobre los ligamentos anchos, hace que las espansiones aponeuróticas de estos compriman las venas hipogástricas, lo cual da lugar á una hiperemia intensa, desarrollándose desde luego una nueva complicacion: el aumento de peso del útero. En seguida el tenesmo rectal y vesical, y la presion efectuada por las vísceras abdominales fuera de lugar, vienen á añadir otro elemento nocivo, que es la fuerza aplicada por arriba; y así como el órgano en descenso determina la inversion de la vagina congestionada y aumentada de volúmen y peso, esta lo arrastra consigo aun con mayor rapidez.

4°. Cansado ya el lector al llegar á este punto pedirá tregua; pero la pide precisamente donde no se la puede conceder, por cuanto ahora venimos al estudio de la causa mas frecuente, y por tanto la mas importante, del prolapso del útero. Este á veces es afeccion primitiva; pero en la mayor parte de los casos con mucho, es secundaria y determinada por el prolapso de la vagina, que literalmente arrastra el útero de su posicion; verifícase de dos maneras: 1ª, de resultas de la rasgadura del periné, las paredes vaginales pierden su apoyo, y se disminuye la fuerza del músculo pubio-coccígeo. 2ª, La vagina desarrollada por la gestacion no se involuciona, sino conserva la forma de un saco grande, voluminoso y de mucho peso, y, redundantes, sus paredes vencen la resistencia del cuerpo perineal, y caen trayendo tras sí el útero, ántes, ó al mismo tiempo de su salida por la vulva.

El Dr. Duncan, en una memoria leida, en 1871, ante la *Edinburgh Obstetrical Society*,[1] sostuvo que el periné no mantiene de ningun modo la matriz, y que por lo tanto la rasgadura de aquel no es causa del prolapso uterino. Yo no creo que el periné sostenga directamente el útero, ni que su division en el cadáver origine el prolapso; pero sí creo que la destruccion del cuerpo perineal, que hace las veces de esfín-

[1] Transactions, vol. ii., p. 269.

ter de la vagina, tiene por resultado dejar sin apoyo las paredes vaginales posterior y anterior. Descienden estas, hipertrofiándose sus tejidos, y atraen hácia abajo la vejiga primero y luego la matriz. Una ojeada á la Fig. 22, bastará para demostrar en cuánto grado sirve de sosten á la vagina y á la vejiga el cuerpo perineal y los resultados que ha de producir su rasgadura. La vagina miéntras permanece en la pélvis, estando sus paredes en contacto, y siendo normal su peso y volúmen, proporciona, en mi sentir, apoyo al útero, y degenera en agente tensor de este, en cuanto desciende de la cavidad pelviana, se hipertrofia, y presenta separadas sus paredes.

El Dr. Duncan dice, con razon, que en muchos casos de rasgadura completa del periné no se produce la caida del útero. Dicha rasgadura es por lo regular resultado del parto; y estoy convencido de que es causa frecuente de la subinvolucion vaginal; en cuyo caso lo mas comun es que á la rasgadura se siga el prolapso de la vagina y por lo tanto el del útero. Pero son raras estas complicaciones cuando se ha efectuado sin estorbo la involucion vaginal.

Aran hace observar que la estirpacion de la vagina no produce en el cadáver el prolapso uterino; y el Dr. Duncan afirma lo siguiente: "No dudo que si, á título de esperimento, se practicase la division del periné en una mujer sana, no se manifestará por ello tendencia alguna al prolapso." Admito gustoso el esperimento y la proposicion; pero no estoy de acuerdo con las deducciones que de ellos quieren sacarse. El útero, estando fuertes sus ligamentos suspensorios, no abandona fácilmente su sitio y aun á veces la traccion continua ejercida en el cuello no basta para hacer bajar el cuerpo, logrando sólo alargar aquel en términos de que, medido con la sonda, el órgano presenta una longitud de seis á siete pulgadas. Klob[1] asegura que "la relajacion del tejido uterino se nota en la region del orificio esterno, y por consiguiente, en lo que ántes era la porcion vaginal y segmento inferior del cuello, cuya parte afecta á menudo una blandura esponjosa. Esta relajacion debe atribuirse al estado varicoso de los vasos, y á la absorcion del tejido cervical." De esta manera, y no por la hipertrofia, se esplica probablemente el estado de la parte distendida. En muchos casos, la matriz, ántes de producirse el prolapso, se halla afectada de hiperplasia areolar, ó de atrofia local engendrada por la flexion (causa frecuente del prolapso, en sentir del Dr. Hewitt), y así debilitada, cede fácilmente á la traccion. Cuando, mediante la reduccion del útero, cesa la traccion, el cuello al punto se contrae, y se disminuye sensiblemente la longitud de todo el órgano.

¿No es posible que este hecho esplique la esperiencia de Huguier, que, de sesenta casos de prolapso supuesto, no halló mas que dos verdaderos; y la de Routh, que sólo observó tres casos en una práctica dila-

[1] Ob. cit., p. 88.

tada? Tengo por muy probable que estos investigadores, por haber medido el útero en el tercer grado de prolapso, dedujesen que había elongacion hipertrófica de la region supra-vaginal; al paso que la suma elasticidad de ese tejido (consecuencia, y no causa del descenso), era la que constituía el verdadero estado patológico. Cierto es que alguna esplicacion de este género ha de tener la notable diferencia entre las observaciones de tan eminentes ginecólogos, y las de la gran mayoría cuya esperiencia no está de acuerdo con la suya.

En estos casos la fuerza de tension al parecer se ejerce en los ligamentos mas fuertes del útero, que tienen su insercion en el eje de rotacion, ó punto de union del cuerpo y el cuello. Ceden aquellos, y el hocico de tenca se adelanta hácia la vulva; pero el útero aunque fijo por medios ménos potentes resiste á la atraccion continua y permanece en su sitio. Legendre suspendió del cuello uterino de un cadáver un peso de 15 kilógramos, que fué aumentado gradualmente á 50 en el trascurso de una hora, y disminuido despues á 30, y este se mantuvo por espacio de dos horas. Medida la cavidad uterina con la sonda, tenia al principio del esperimento 5 centímetros y 9 al fin, observándose la elongacion principalmente en el cuello. En otros esperimentos se produjo un prolapso completo del útero con elongacion del cuello, por la accion de un peso menor continuada durante algunos dias.

Desde que Huguier dió á luz su ensayo sobre la elongacion supra-vaginal é infra-vaginal del cuello como estados que se confunden comunmente con el prolapso, los autores, por lo general, han incluido en esa categoría la elongacion hipertrófica de la porcion vaginal del hocico de tenca. Yo no seguiré este ejemplo, porque no me parece justificado ni por observaciones clínicas ni por investigaciones patológicas, y porque en otro lugar se tratará de la verdadera hipertrofia cervical.

Convengo desde luego en que se presenta, en la parte intra-vaginal del cuello uterino, una elongacion hipertrófica que, observada muy por encima, parece asemejarse al prolapso, ó que aun lo ocasiona por traccion; pero me parece erróneo tomar por verdadera hipertrofia el alargamiento supra-vaginal caracterizado por la reduccion de los tejidos cervicales, y una "blandura esponjosa," que puede atribuirse, segun Klob, "al estado varicoso de los vasos, y á la absorcion de los tejidos del cuello."

Que este estado anormal consecuente á la traccion pueda sobrevenir durante la preñez y persistir despues como orígen de muchísima molestia, es muy de presumir, segun se desprende de las siguientes deducciones de M. Gueniot:[1]

"1ª. En ciertas mujeres, existe durante el embarazo, y á veces al

[1] Archives Gén. de Méd., Juillet, 1872.

tiempo del parto, una afeccion especial del cuello del útero, que generalmente pasa desapercibida, y hasta ahora nadie ha descrito.

2ª. Esta afeccion puede designarse con el nombre de *Elongacion edematosa y prolapso del cuello*, que indica sus principales rasgos constituyentes. La hiperemia y turgencia del órgano, la disposicion de su cavidad, que se trasforma en canal completamente abierto ; la rapidez con que suelen desaparecer estos fenómenos, y la gran facilidad con que se reproducen en circunstancias dadas, son otros tantos caractéres fundamentales del mal. La ulceracion del hocico de tenca, la oclusion de la vagina, y el adelgazamiento y flacidez de las paredes del útero, tambien son síntomas casi constantes ; como lo son igualmente los dolores alrededor de la pélvis, una sensacion de debilidad general, y diversas perturbaciones urinarias.

3ª. Las causas de este cambio en el cuello del útero son complejas, y tienen por orígen, 1º, ciertas disposiciones anatómicas del órgano ; 2º, diversas circunstancias que ejercen sobre él una accion mecánica prolongada.

4ª. La elongacion edematosa con prolapso del cuello, aunque muy rara, es sin duda afeccion ménos escepcional de lo que pudiera imaginarse. Muchos autores la han confundido erróneamente con el alargamiento hipertrófico, ó el prolapso simple, á cuyas afecciones es en verdad bastante análoga ; pero de las cuales se distingue esencialmente por caractéres propios y muy importantes."

Curso, duracion y terminacion. — La duracion del prolapso del útero es ilimitada, y el mal continúa indefinidamente, si no interviene el arte. Compromete el bienestar de la enferma y su aptitud para todo esfuerzo; pero rara vez termina por la muerte, á ménos que escite, como he observado en algunos casos, una flegmasía del peritoneo, ó del tejido celular de la pélvis. Aun en la forma crónica del mal, ciertos casos muy raros han terminado funestamente por la uremia debida á la compresion mecánica esperimentada por los uréteres. En estos casos el trígono vesical se disloca de tal manera que la masa que se halla detras comprime fuertemente las embocaduras de los uréteres contra la sínfisis pubiana; estos se obstruyen y dilatan, y con el tiempo puede sobrevenir la hidronefrosis ; hecho que anunciaron Virchow,[1] y Kiwisch.[2] El Dr. Phillips, en el tomo xii de las *Transactions of the London Obstetrical Society*, trae un caso interesante en que la muerte ocurrió de ese modo. En la página 311 de este libro se hace alusion á otro caso de prolapso irreducible de funesta terminacion, referida por el Dr. Alexander Monro. En otro, que se presentó en mi práctica, y de que volveré á hablar mas adelante, el órgano en prolapso se hallaba estrangulado ; y, para reducirlo, tuve que recurrir á un grado de fuerza que á la sazon me pareció sumamente peligroso ; pero estoy seguro de que

[1] Trans. Obstet. Soc. of Berlin, 1847. [2] Clinical Lectures.

si mis esfuerzos hubieran resultado inútiles, habría muerto la enferma; pues el útero y partes adyacentes parecían á punto de pasar á un estado de gangrena. Este caso, ántes que yo fuese llamado, había resistido á los esfuerzos de tres médicos competentes. Despues de repuesto el órgano, por la fuerza, sobrevino la necrosis de toda la membrana mucosa de la vagina, y una peritonitis violenta que puso á la mujer en riesgo inminente de perder la vida. La táxis enérgica fué motivada por el convencimiento que teníamos, los otros médicos y yo, de que no había mas alternativa que la reduccion ó la muerte.

Síntomas.—Los síntomas del prolapso dependen de dos resultados de la dislocacion: primero, la presion mecánica que ejerce la matriz en las partes inmediatas; y segundo, el cambio que la posicion anormal del órgano ocasiona en la circulacion y tejido uterino. La matriz puede, aun en el tercer grado de descenso, no manifestar síntoma alguno notable; pero generalmente se presentan la hiperemia, la hiperplasia areolar, y la degeneracion granulosa, que la ponen sensible é incapaz de tolerar la presion ó el roce. La traccion que hace esperimentar á la vejiga, al recto, y á todo el tejido areolar y fascias de la pélvis, y la prominencia que forma entre los labios, molestan al mismo tiempo, y suelen impedir en alto grado la locomocion. Los síntomas culminantes que de esto se originan, son:—

Sensacion de tirantez y peso en la pélvis;
Irritacion rectal y vesical;
Dolor en la espalda, y lomos;
Cansancio escesivo al andar;
Imposibilidad de levantar grandes pesos;
Leucorrea y otros signos de congestion.

Es muy digno de notarse que en el prolapso, aun en tercer grado, las mas veces no hay perturbaciones menstruales; y no lo es ménos que, de ordinario, no existe la esterilidad. Estas inmunidades se deben probablemente á que el catarro uterino que por lo regular se observa, es mas bien resultado de una congestion pasiva, que de una verdadera flegmasía de la membrana uterina interna; y á que el órgano, á pesar del cambio de direccion de su eje, no esperimenta obstruccion, porque no se ha doblado sobre sí mismo.

Signos físicos.—Todos los síntomas referidos sólo dan lugar á sospechas, y motivan la esploracion directa que ha de aclarar completamente el caso. Cuando está el mal en su primer grado, el dedo introducido en la vagina encuentra el hocico de tenca bastante bajo, comprimiendo el suelo de la pélvis; pasando el dedo hácia arriba, por delante del cuello, y á lo largo de la base de la vejiga, se percibe distintamente la pared anterior resistente del útero; pudiendo comprobarse que el prolapso va complicado de anteversion ó de anteflexion.

Si el mal ha llegado al segundo grado, se observa que el cuello uterino ocupa la entrada de la vagina, siendo los músculos esfínteres lo único que pone obstáculo á su salida; y el cuerpo, en vez de inclinarse hácia adelante, se presenta mas bien en retroversion. Para determinar el grado de descenso, particularmente en este período, es indispensable que la enferma esté de pié durante el exámen.

El tercer grado del mal se diagnostica fácilmente por la vista y el tacto; y, sin embargo, se han padecido graves equivocaciones; pues algunas veces, por confiar demasiado en lo simple del diagnóstico, no se ha procedido con la precaucion y vigilancia que son las únicas salvaguardias del médico, aun en las enfermedades mas simples.

Un fenómeno muy notable que habrá observado todo práctico en la investigacion física de estos casos, es que la sonda penetra como cinco ó seis pulgadas cuando el órgano está en prolapso, no midiendo su cavidad mas que tres ó cuatro si se introduce el instrumento despues de repuesto el útero. Por mas que se repita el esperimento, siempre se obtendrá el mismo resultado. Este hecho ha sido esplicado al tratrarse de la patología del prolapso uterino.

Diagnóstico diferencial.—El descenso de la matriz, en cualquiera de sus formas, puede confundirse con un pólipo fibroso, la inversion del órgano, y el alargamiento hipertrófico del cuello; pero al médico que tenga presente la posibilidad del error, no le será difícil distinguirlo de estas condiciones. De la primera, lo distinguirá la configuracion general del tumor, y la presencia del hocico de tenca, y su orificio esterno; de la segunda, la presencia de las mismas partes, y la ausencia de los fenómenos que acompañan la inversion; reconociéndose fácilmente la tercera por la longitud considerable del cuello, la imposibilidad de reducir el supuesto prolapso, y la profundidad escesiva del órgano, que revela la sonda, despues de repuesto este en la pélvis.

Pronóstico.—Este es muy grave en cuanto á la curacion; y aun con respecto al alivio completo, no es bueno; en fin, algo depende del estado del útero y de la vagina. Si la presencia de un tumor fibroso, ó de algun otro mal poco susceptible de tratamiento, ha ensanchado mucho el órgano, será imposible sostenerlo artificialmente; miéntras que por otro lado, si las paredes vaginales están muy distendidas y se han atrofiado mucho, hay poca probabilidad de poder mantener el útero en posicion, pues la vagina es el único apoyo natural del órgano que puede utilizarse en el tratamiento quirúrgico de la afeccion.

Complicaciones.—El prolapso del útero en sus grados primero y segundo, y aun con mas frecuencia cuando es completo, produce las siguientes complicaciones:—

Congestion de la matriz y de sus anejos;
Endometritis y salpingitis;
Hiperplasia del útero;

Elongacion hipertrófica del cuello ;
Cistocele ;
Rectocele.

La testura de la matriz se congestiona, y aparece tumefacta, edematosa, reblandecida, y relajada, tan pronto como el prolapso se hace completo ; existiendo las mismas condiciones, aunque en menor grado, en el primero y segundo períodos del descenso. Esta hiperemia pasiva ocasiona con el tiempo la hiperplasia, que especialmente afecta el tejido conjuntivo ; y como consecuencia el órgano se agranda, aumentando en peso y capacidad. No sólo el parénquima del útero se halla afectado de congestion ó hiperplasia, sino que la membrana interna y el tejido submucoso de aquel padecen igualmente, y la endometritis es consecuencia constante del prolapso. Como hemos dicho ántes, se verifican cambios especiales en el cuello ; esta parte se ablanda y relaja notablemente ; sus vasos afectan un estado varicoso, y á menudo se observa una absorcion estensa de su tejido muscular.

La leucorrea, la dilatacion y el renversamiento, ó eversion, del cuello, ciertas afecciones de la vejiga y del recto, y á veces la cistitis, se presentan por lo regular como síntomas concomitantes consiguientes á las condiciones morbosas secundarias que van enumeradas. El renversamiento del cuello requiere mencion especial por ser un rasgo muy importante del estado morboso de que se trata. El útero en su descenso invierte la vagina, y esta ejerce una traccion continua en el orificio esterno de aquel, por medio de su insercion en el cuello, que ahora viene á quedar mucho mas baja que el estremo superior del canal ; siendo el principio que rige en su ejecucion idéntico al que se observa cuando el *colpeurynter* dilata el cuello para establecer ó facilitar el primer tiempo del parto. La tension se prolonga y acrecienta á medida que vá aumentando el descenso é inversion de la vagina ; la cavidad del cuello se presenta á lo esterior, y pronto sale afuera por completo ; y habiendo desaparecido el verdadero orificio uterino esterno, el interno de hecho se convierte en orificio esterno y único de la matriz.

El prolapso del útero disloca de tal manera la vejiga que la sonda al introducirse en esta, se dirige hácia abajo y atras. Esta complicacion es importante, pues no sólo la traccion y la dislocacion tienden á producir la cistitis, sino que la causan tambien la irritacion refleja y la descomposicion, despues de emitida la orina, de la parte del líquido que permanece en el divertículo formado por la pared vesical que está en prolapso. La pared anterior del recto desciende de igual modo, dando lugar á la retencion de materias fecales en dicho punto.

El *prolapso repentino ó agudo* puede sobrevenir á consecuencia de esfuerzos violentos, de una caida, ó de una contraccion violenta de los músculos del abdómen, obrando sobre un útero aumentado de volúmen por la hiperplasia, la subinvolucion, la preñez, ó tumores ; y se presenta

á veces aun cuando la estructura y tamaño de este se hallen en estado normal. La enferma esperimenta de repente una sensacion como si algo se hubiese desprendido en su interior; manifiesta gran postracion y alarma; y siente un dolor espulsivo, como si desease espeler algo de la pélvis. Dos veces he observado este fenómeno durante los dos primeros septenarios que siguen al parto, á causa de esfuerzos musculares súbitos y violentos; y una vez en una jóven nulípara de diez y nueve años, que, habiendo hecho un esfuerzo grande para levantar un peso, el cuello del útero franqueó la vulva, quedando el cuerpo detenido por el esfínter de la vagina y el tabique perineal. A esta enferma no la ví hasta un año despues del accidente; pues aunque la dislocacion le había ocasionado grandes padecimientos, un pudor mal entendido la impidió revelar la causa de estos. En este caso descubrí vestigios claros del hímen, cuya rotura tenía yo razones físicas y morales para conocer que no había sido resultado de contacto sexual.

Tengo por muy probable que en los casos de este género hay desgarro de los ligamentos útero-sacros. De esta suposicion, que por razones evidentes es imposible comprobar por la necroscopia, puede haberse hecho mencion por otros; pero la única alusion á ella que he visto es la que hace Courty, que hablando de los ligamentos útero-sacros, dice: "si se distienden ó *desgarran*, el órgano entero desciende."

En el prolapso repentino, si no se verifica la reduccion inmediatamente, sobrevienen dolores violentos en el sacro y las ingles, y es tal la tirantez que sufre el peritoneo pelviano, que puede dar lugar á una inflamacion de carácter peligroso.

Tratamiento.—La primera indicacion consiste en reducir el órgano dislocado, y la segunda en mantenerlo en su posicion en la pélvis.

Métodos para reducir el útero.—La reduccion del útero se logra generalmente sin dificultad, aunque para ello suele requerirse una táxis cuidadosa é inteligente. El mejor modo de practicarla es como sigue: Despues de la evacuacion completa, si fuere posible, de la vejiga y el recto, se pone á la enferma de rodillas, con el pecho bien inclinado hácia abajo, á fin de que las vísceras pelvianas y del abdómen graviten hácia el diafragma; y como el objeto de esta posicion es elevar la pélvis y hacer bajar el tórax en cuanto se pudiere, se colocará á la enferma en el suelo ó sobre una mesa, y no sobre una cama blanda en que se hunden las rodillas. Antes de emprender la reduccion, se dejan trascurrir diez ó quince minutos; en cuyo tiempo disminuye grandemente la hiperemia intensa que existe en las vísceras pelvianas. En seguida el operador, asiendo, con los dedos índice, del medio y cuarto de la derecha, el cuello del útero, empuja el órgano hácia arriba con la fuerza y firmeza necesarias, cuidando de seguir la línea del eje del estrecho inferior. Miéntras tanto la mano izquierda descansa sobre la espalda de la enferma, á fin de afirmarla. No hay para qué emplear una fuerza súbi-

ta ó violenta, pues el útero vuelve á su posicion normal mediante una compresion firme, continuada por quince, veinte, ó treinta minutos, si fuere necesario.

Pocos casos resistirán á este método de reduccion, aunque suelen darse algunas escepciones. El Dr. Alexander Monro observó en una niña de tres años un caso de prolapso que se manifestó irreducible, y terminó por la muerte; y ya cité otro en que un útero aprisionado y á punto de volverse gangrenoso, no pudo reducirse por el método descrito. Como no había que perder tiempo, sometí á la enferma á una anestesia completa, y aferrando el órgano con el pulgar y tres dedos, lo reduje á viva fuerza.

Métodos para sostener el útero.—El médico debe tratar de descubrir la causa del descenso ántes de adoptar un plan especial de tratamiento con este objeto; pues claro es que las indicaciones serán muy distintas cuando el prolapso es causado por aumento de peso del órgano, ó compresion desde arriba, y cuando proviene de la traccion de una vagina en descenso. Por desgracia, cuando la afeccion ha existido por algun tiempo, es muchas veces imposible determinar con seguridad la causa; pues aunque esta fuese en su principio el aumento de peso del útero, la inversion prolongada de la vagina y la distension de los ligamentos uterinos consecutivas al descenso deben haber destruido toda la resistencia de estas partes.

Sin embargo, se hará todo lo posible por averiguar la causa primitiva del mal, y se descubrirá en muchos casos, si se busca como corresponde. Supóngase, por ejemplo, el útero descansando sobre el suelo de la pélvis, sin que exista distension ni prolapso de la vagina, ni manifestacion de compresion escesiva sobre el órgano; en semejante caso se cuidará de fortalecer sus medios de fijeza normales.

Por otro lado, supongamos que se encuentre la vagina en su estado normal, y el útero en descenso, y muy aumentado de peso, quizás tres veces mas de lo natural; entónces se dirigirá especialmente la atencion al aumento de peso.

Aun mas, si se encuentra la matriz insignificante y atrofiada de una mujer de setenta años, caida en una vagina ancha, floja, é incapaz de contraerse, es casi seguro que la causa del descenso es la traccion que aquella hace esperimentar al útero.

Por último, si se observa la coincidencia de una rasgadura del periné, con subinvolucion y prolapso de la vagina y de la matriz, lo cual nada tiene de raro, puede deducirse que el aumento de peso del órgano, la falta de apoyo y la traccion han conspirado para producir este resultado.

Es deber del médico tener muy presentes todas estas indicaciones, atendiendo primeramente, en todo caso, á la que tenga relacion con la causa primitiva y mas importante; y despues, á las secundarias, es decir las determinadas por el descenso mismo.

Los medios propios para impedir que desde arriba se ejerza presion en el útero son:—

Apartar el peso de la ropa, á favor de un suspensor de faldas;

Evitar el peso de los intestinos prohibiendo los vestidos ajustados y los esfuerzos musculares, y empleando una cintura abdominal;

Impedir la acumulacion de materias fecales y de orina.

El suspensor de faldas consiste simplemente en un par de tirantes que puede idear toda mujer de mediana habilidad, y que sirve para suspender de los hombros todo el peso de la vestidura interior. La Fig. 80 representa un suspensor muy bueno.

Hay una gran diversidad de cinturas abdominales; pero desgraciadamente la hechura de algunas de ellas las hace absolutamente nocivas. Si ejercen presion en el abdómen por encima del ombligo, tienden á aumentar la que esperimenta el útero, ó cuando ménos á anular todo el alivio que debe proporcionar la presion ejercida por debajo de la region umbilical. Deben producir el mismo efecto que las manos de la enferma cuando esta las coloca sobre el púbis y con ellas levanta las vísceras abdominales. Algunas de estas cinturas constan simplemente de tiras de un lienzo doble, y otras de almohadillas, ó discos metálicos ó de cuerno, con correas abrazadoras semejantes á las de los vendajes herniarios. El médico podrá elegir con acierto, siempre que tenga presentes las indicaciones que desee llenar.

Durante el tratamiento, hará poco ejercicio la enferma, y guardará cama en la época de las reglas, por cuanto se halla entónces aumentada de peso la matriz; y si el accidente ha sobrevenido inmediatamente despues del parto, se mantendrá acostada á fin de facilitar la involucion.

Los medios mas á propósito para reducir el peso del útero, son:—

La ablacion de pólipos, tumores, etc.;

El alivio, por el tratamiento apropiado, de la flegmasía, hipertrofia y congestion de la matriz;

La amputacion del cuello del útero.

A veces la aplicacion de un tratamiento apropiado, á un cuello hipertrofiado, aligera mucho el útero con el tiempo, curando la hiperemia existente; pero en otros casos son inútiles todos los medios empleados, y entónces se recurre á la amputacion del cuello. M. Huguier, de Paris, fué quien primero practicó esta operacion para el prolapso, en 1848, aunque ya se la empleaba hacía tiempo en casos de cáncer. Desde la época mencionada muchos prácticos han recurrido á ella, practicándola segun se describirá en un capítulo dedicado especialmente á esta operacion. La disminucion del peso del útero se debe mas bien á la influencia alterante y derivativa producida por la operacion, que á la simple separacion del tejido superabundante.

Métodos para fortificar ó suplir los medios de fijeza del útero:—

El decúbito horizontal;
Tónicos, y astringentes locales;
Tónicos generales;
Pesarios.

El decúbito horizontal continuado con perseverancia es de mucho provecho, en casos de prolapso en el primero, y aun á veces en el segundo grado. Levantadas las nalgas, el útero se retira de la pélvis y sus apoyos quedan en completo reposo, y los tejidos debilitados tienen lugar de contraerse, adquirir tonicidad y fuerza y recuperar con el tiempo sus funciones. Los buenos resultados que se alcanzan de esta manera pueden aumentarse notablemente, á favor del empleo simultáneo de los agentes que á continuacion se enumeran.

Astringentes y tónicos.—Por medio de estos puede conseguirse que los tejidos de la pélvis sostengan temporalmente el útero; y apartando así de él la posibilidad de la hiperemia determinada por estorbo de la circulacion, se contribuye á que se disipe la ingurgitacion ó hipertrofia leve.

Los astringentes que mas suelen usarse, son: el tanino, alumbre, persulfato de hierro, y corteza de encina blanca, que se inyectan en la vagina, en infusion ó disolucion, con la jeringa ordinaria, ó bien, se introducen en forma de supositorios, ó se aplican en polvos á toda la superficie del conducto, por medio del tubo porta-supositorio representado en otro lugar.

La aplicacion de tónicos locales consiste en baños de asiento frios, duchas, baños de mar, é inyecciones copiosas en la vagina de agua fria, agua con sal, ó, lo que es mejor, agua de mar.

Se prescriben los tónicos generales vegetal y mineral; y entre ellos mencionaremos el cornezuelo de centeno, la estricnina, y el hierro; siendo los baños de mar particularmente útiles, pues además de su accion local, mejoran el tono de todo el sistema.

Pesarios.—El sistema de sostener la matriz, la vagina, la vejiga, y el recto, cuando se encuentran en estado de prolapso, por medios mecánicos que sustituyan los apoyos naturales de estas partes, ha venido á ser un método valioso é imprescindible. En muchos casos la repugnancia ó la edad avanzada de la enferma, la inesperiencia del médico, y la incertidumbre, en cuanto al resultado, que acompaña á todo procedimiento quirúrgico para la cura del prolapso, hacen que adoptemos un método que proporciona notable alivio durante el resto de la vida, por larga que sea, y que es dictado por la prudencia y el sentido comun. El sosten artificial por medios mecánicos, de cuatro órganos en prolapso, y que se encuentran así desde hace mucho tiempo, pone á prueba con frecuencia la habilidad del ginecólogo mas esperto, frustrando completamente á veces sus mayores esfuerzos; el médico no debe olvidar este hecho innegable, ni desalentarse por las dificultades que encuentre,

ó la repetida inutilidad de sus tentativas. No está de mas que diga, tratando de este asunto, que estoy léjos de recomendar ningun instrumento sólo porque haya sido generalmente adoptado, y que me limitaré á mencionar únicamente aquellos que uso todos los dias en la práctica con buenos resultados.

Los pesarios que se empleen en las diversas formas de prolapso de los órganos de la pélvis, deben sostener el útero sin dilatar al mismo tiempo la vagina; y han de elegirse siempre, en cuanto sea posible, aquellos que sostienen este canal sin distenderlo; permitiéndole así que adquiera algo de su tono y elasticidad normales. Las grandes indicaciones que debe llenar el pesario en la mayor parte de los casos de procidencia, son: primero, que sustituya la accion de los ligamentos útero-sacros, principales agentes en el sostenimiento de la matriz ; y segundo, que mantenga en su lugar á la vagina, el recto, y la vejiga, á fin de que no perpetúen el prolapso del útero con la traccion de este órgano.

He dicho ya que el tratamiento de esta lesion, en cualquiera de sus variedades, reduciendo el órgano, y sosteniéndolo por medio de un pesario, tiene que ser ineficaz muchas veces; ni sería racional suponer que tres ó cuatro órganos caidos, congestionados, y aumentados de peso, pudieran mantenerse desde luego en su posicion normal, cualquiera que fuese el aparato mecánico que al efecto se emplease, sin previa preparacion ó la ayuda de otros medios. Sin embargo, hay quien cuente muchas veces con semejante resultado. Antes de aplicar el pesario, es menester disipar la congestion de la parte, manteniendo á la enferma acostada por algunos dias, ó una semana si fuere posible, disponiendo la cama de modo que en la parte que corresponde á los piés haya una elevacion de seis pulgadas. Durante este tiempo se administran purgantes suaves, para contribuir al objeto indicado, mediante la evacuacion de las materias fecales, y estimulando la circulacion hepática ; la vagina se riega metódica y copiosamente con líquidos astringentes, á fin de endurecer sus tejidos y prepararlos para recibir el pesario, renovar su resistencia para que pueda sostener el útero, el recto, y la vejiga, y determinar la contraccion de sus dilatados vasos superficiales. Es cosa cierta que la duracion del caso será larga, y el tiempo que se emplea como acabamos de mencionar, léjos de ser perdido, pone á la enferma en mejor aptitud para comenzar el tratamiento mecánico, aminorando los accidentes que al principio suelen desalentarla. En relacion con este asunto, es muy verdadero el axioma de que un buen principio vence la mitad del camino para alcanzar un buen resultado.

Una vez levantada la mujer, el tratamiento seguirá siendo el mismo que acabamos de indicar, con escepcion del decúbito ; y se deben adoptar otros medios que sirvan de coadyuvantes del pesario, como el de aligerar el peso de la ropa, el evitar los esfuerzos musculares, las posiciones forzadas, y el estar de pié mucho tiempo, el aminoramiento del peso del útero, y otros mas á que ya se ha aludido. Si se han llenado

todas estas indicaciones, el pesario presenta un recurso precioso para completar y efectuar el restablecimiento de las partes; pero si no se ha atendido á esos puntos importantes, dicho instrumento suele ser sobrado ineficaz para lograr por sí solo el objeto deseado.

La eleccion de un pesario para un caso de prolapso en primero ó segundo grado, depende del peso que ha de sostener; cuando este es escesivo, por existir un cuerpo fibroso que, mediante su peso, hace descender el útero, es muy probable que todo pesario interno sea inútil; miéntras que si el peso es moderado, se conseguirá el alivio con cualquiera de los instrumentos que siguen, y que se verán representados en el artículo sobre retroversion: estos son el anillo elástico de Meigs, y los pesarios de Hodge, Smith, Hewitt, y Thomas. Es indispensable que el instrumento que se elija no ensanche la vagina ni cause incomodidad alguna á la persona que lo lleva; debe mantenérsele limpio con inyecciones de líquidos astringentes todas las noches, ó por la mañana y por la noche; y lo ha de examinar á menudo el médico para cerciorarse de que no corta los tejidos.

Cuando estos pesarios son ineficaces, con motivo del gran peso del útero, ó cuando la procidencia es completa, deben emplearse otros que sean internos y esternos juntamente. Casi nunca trato de sostener el útero en el tercer grado de prolapso con un pesario interno, por falta de confianza en el buen éxito, y porque los he visto en semejantes casos producir consecuencias tan graves, que no me atrevo á perder de vista á la enferma miéntras se halla el pesario en posicion. El uso de un instrumento que la enferma pueda apartar cuando quiera, dejando descansar las partes durante la noche, y colocándolo de nuevo al levantarse, sobre ser ménos peligroso y mas eficaz, es mas cómodo para ella, no ménos que para el médico.

Tres son los métodos por los cuales se puede proporcionar el apoyo: 1°, á favor de una varilla que al salir por la vulva se dirija hácia atras á lo largo del periné; 2°, mediante una varilla que al salir de la vagina se dirija hácia arriba á lo largo de la sínfisis pubiana; 3°, á beneficio de una varilla que, terminando en el anillo vulvar, estribe en un vendaje que pase por debajo de dicho anillo. El primer modo de aplicarla es el mejor, siguiéndole en órden de utilidad el segundo; el tercero presenta el gran inconveniente de carecer de un punto de apoyo en que fijar la varilla, para que no se mueva.

El admirable pesario de Cutter, que se ve en la Fig. 87, llena mejor que otro ninguno que yo conozca las indicaciones de suplir los ligamentos útero-sacros y de sostener la vagina, la vejiga y el recto que se hallan en estado de prolapso. El platillo que se ve en el estremo uterino del tallo recibe en su concavidad el cuello de la matriz, y el instrumento es tan sencillo que la enferma puede quitárselo y ponérselo con la mayor facilidad; lo que ejecutará por la noche despues de acostada, y ántes que se levante por la mañana.

La direccion del tallo puede cambiarse haciéndolo pasar á lo largo de la sínfisis pubiana, y fijándolo en una cintura. La Fig. 88 representa el instrumento aplicado de esta manera.

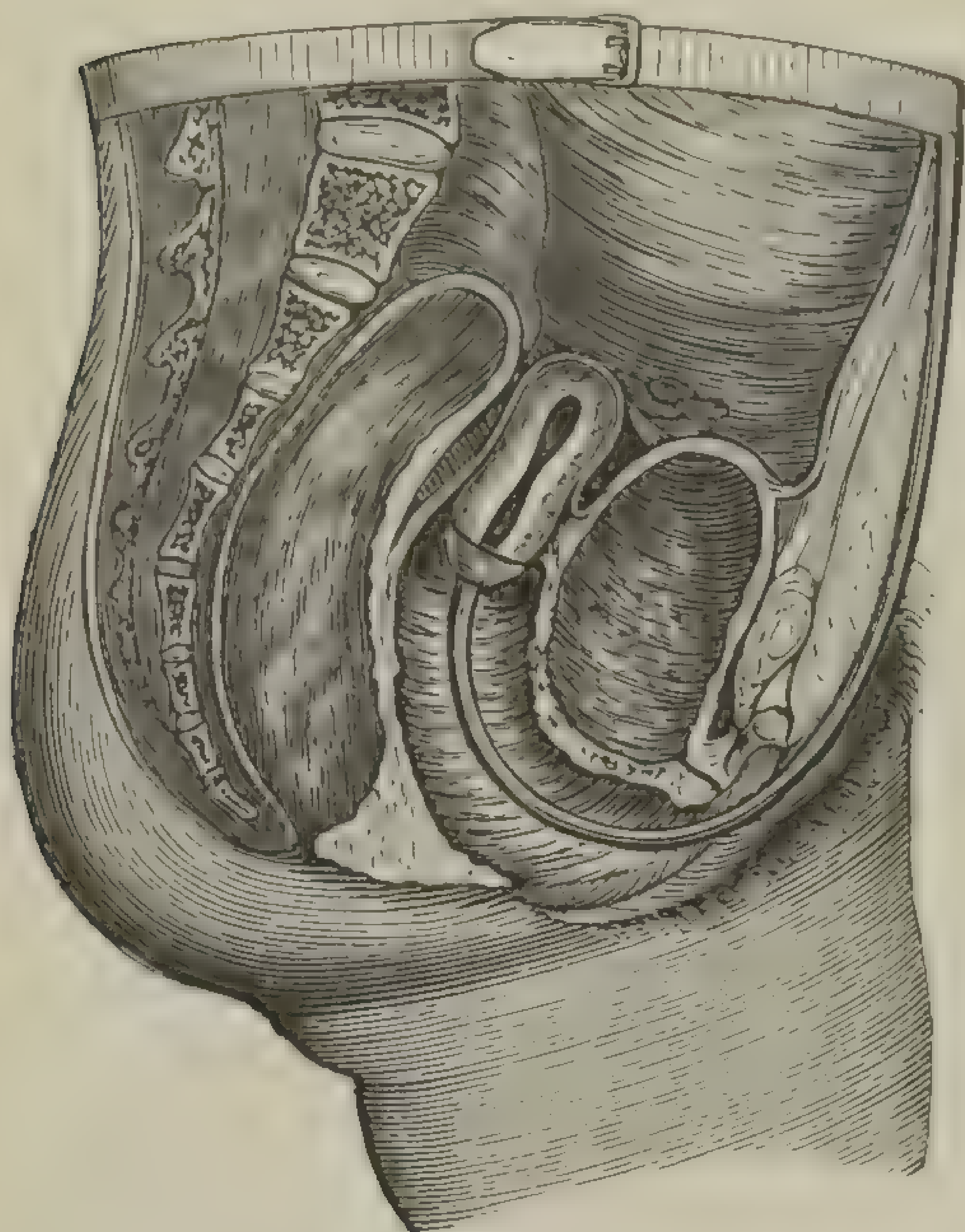


Fig. 87.—Pesario de Cutter para prolapso.

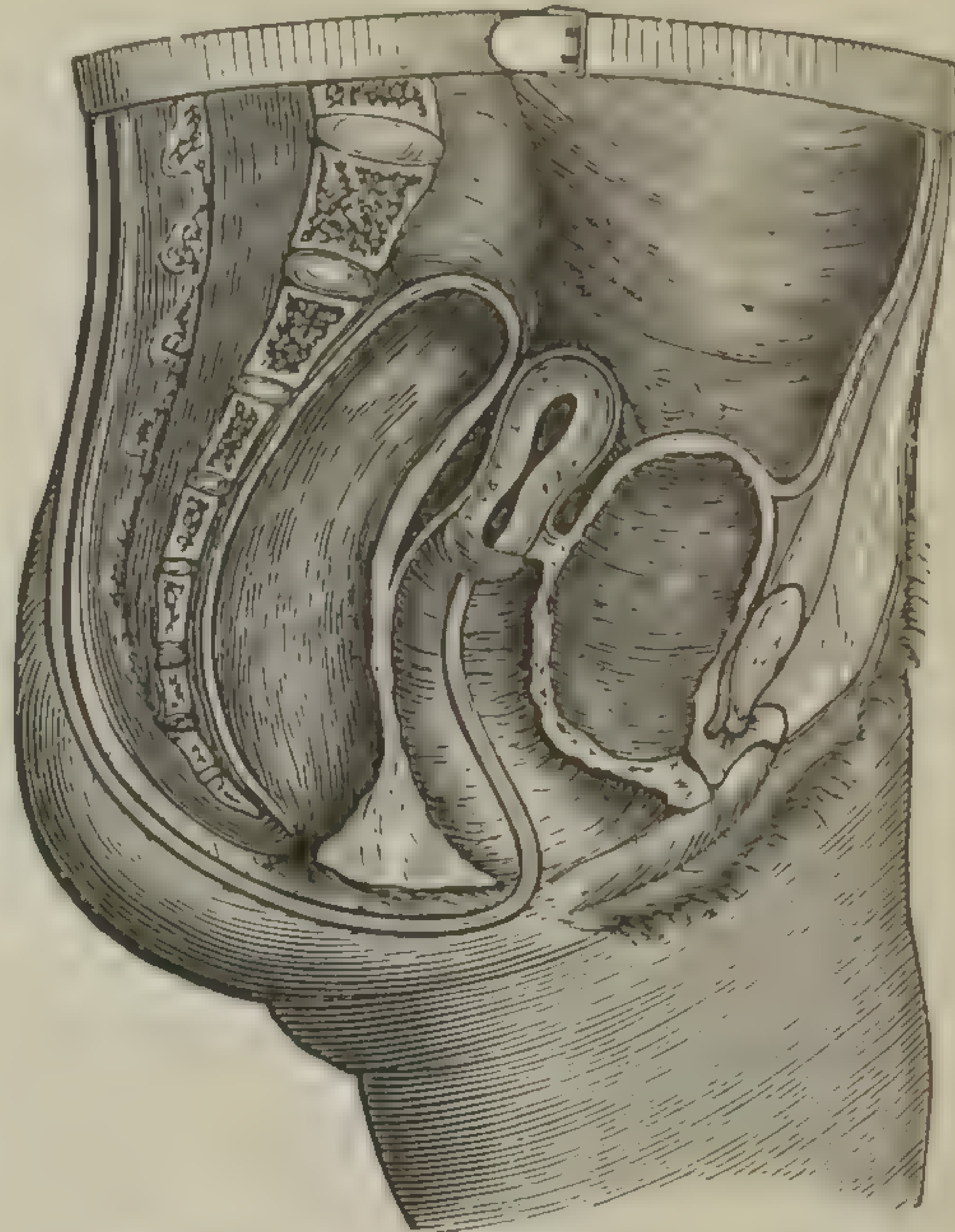


Fig. 88.—Pesario para prolapso, con cintura abdominal.

Medios para impedir la traccion ejercida por la vagina.

Sosten perineal ;
Perineorrafia ;
Elitrorrafia.

Sosten perineal.—He aludido ya á la funcion importante del cuerpo perineal, que cierra la entrada de la vagina, y ofrece una base de apoyo á esta columna. La rasgadura del periné destruye su potencia de esfínter, dando por resultado la caida de una ó de ámbas columnas vaginales, y el descenso concomitante de la matriz. Algunas veces se alivia algo comprimiendo firmemente la parte debilitada, con una almohadilla rellena de cerda, de algodon en rama ó de aire, combinada con una cintura abdominal.

Perineorrafia.—El restablecimiento del cuerpo perineal por medio de la perineorrafia proporciona un apoyo mas completo y permanente á la vagina, é impide con mas seguridad la caida de sus paredes. Este procedimiento presta con frecuencia gran auxilio cuando es poco el aumento de peso del útero, pues anula la fuerza que arrastra el órgano hácia abajo, suprimiendo así la causa del mal ; pero si bien es eficaz en estos casos, no es probable que lo sea en aquellos en que se necesita sostener el gran peso de un útero muy aumentado de volúmen.

La práctica de la perineorrafia, léjos de limitarse á los casos de

descenso de la vagina con rasgadura del periné, se aplica igualmente á todos aquellos en que la compresion de una vagina ó una matriz aumentada de peso y volúmen ha destruido por completo la resistencia del cuerpo perineal, debilitándolo y distendiéndolo; pero la eficacia del procedimiento depende siempre del restablecimiento cabal de dicho cuerpo; pues no basta que se oculte simplemente el mal, á favor de un velo tenue é inútil, que se estienda desde la horquilla al ano.

Elitrorrafia.[1]—Hace tiempo que con objeto de remediar esta dolencia, concibieron los prácticos la idea de estrechar artificialmente la vagina, á fin de que, disminuida su dimension, y presentando una columna de tejido cicatrizado, sostuviese mejor el útero. M. Romain Gérardin comunicó este pensamiento á la Sociedad Médica de Metz, en 1823; pero, segun parece, no se puso en práctica la operacion, pues su autor, en una memoria publicada mas tarde[2] sobre la materia, dice con gran patriotismo que, "su deseo había sido poner fuera de duda el orígen de la operacion, y conservarle á la cirujía francesa la gloria de la prioridad de su concepcion, si no de su práctica." Miéntras este cirujano felicitaba á su país natal por la concepcion de una idea, Dieffenbach en Alemania y Heming en Inglaterra daban la prueba de su practicabilidad, poniéndola en ejecucion. Segun la mencion que de ella trae un periódico estranjero de Junio de 1831, es probable que Dieffenbach verificase dicha operacion en 1830. El Dr. Marshall Hall, de Inglaterra, publicó, en Noviembre de 1831, un caso en que, por recomendacion suya, la había practicado con buen éxito el Dr. Heming, traductor inglés de la obra de Boivin y Dugès sobre las *Enfermedades del Utero;* y en época posterior Fricke, Scanzoni, Velpeau, Roux, Stolz, y otros, practicaron la operacion con diversas modificaciones, aunque consistiendo siempre en "separar un colgajo de la mucosa vaginal, y juntar los dos bordes de la herida, á fin de reducir el calibre de la vagina. . . . . Dieffenbach hace referencia á gran número de mujeres curadas completamente por medio de dicho procedimiento. . . . . Fricke curó de cuatro casos tres."[3] A juzgar por estas citas, parece que en el continente europeo, y con especialidad en Alemania, se conoce y practica el procedimiento hace largo tiempo. En Inglaterra no se ha empleado, pues segun el Dr. Sims,[4] despues de una discusion suscitada acerca de un ensayo que este leyó ante la *London Obstetrical Society*, Mr. Spencer Wells le llamó la atencion hácia la mencionada operacion de Mr. Heming, afirmando que "al ménos un caso se había operado con buen éxito."

La operacion, probablemente por razones que citaré mas adelante, había caido completamente en desuso hasta el año de 1858, en que el Dr. Sims[5] la rehabilitó, con ciertas modificaciones. Su procedimiento,

[1] ἔλυτρον, vagina, y ῥαφή, sutura.
[2] Gazette Médicale, 1835, p. 558.
[3] Wieland y Dubrissay, ob. cit., p. 533.
[4] Uterine Surgery, edicion americana, p. 312.
[5] Uterine Surgery, edicion inglesa, p. 309.

que paso á describir, difiere mucho del empleado por sus predecesores.

Procedimiento de Sims para la elitrorrafia.—La enferma, sometida á la influencia completa de un anestésico, se coloca sobre una mesa, echada sobre el lado izquierdo, del mismo modo que cuando se va á practicar un exámen ordinario con el spéculum. Introdúcese en seguida un spéculum de los mas grandes de Sims, y se fija en el cuello del útero una sonda curva que termina en puntas sutiles en forma de horquilla, con la que se hace un repliegue en la pared anterior de la vagina, como se ve en la Fig. 89.



FIG. 89.—El útero fijo por la sonda. (Sims.)

Inmovilizadas las partes á favor de este instrumento, el operador valiéndose de dos erinas dobla las paredes opuestas de la vagina, á fin de determinar dónde ha de efectuarse la union. Decidido este punto, se levanta con tenáculo la mucosa, algunas líneas mas arriba del meato, y se corta con unas tijeras curvas. El colgajo que queda se eleva con el tenáculo, y fijando este de nuevo oportunamente en la mucosa, se

prolonga hácia arriba la incision, á fin de sacar un colgajo que se estienda hasta uno de los lados del cuello. Repítese el procedimiento de la misma manera en el otro lado.

Hecho esto y sacada la sonda, se trae el cuello hácia abajo con un tenáculo pequeño, y se hacen dos líneas trasversales de denudacion, que no se ven en la lámina, y que casi unen los dos brazos de la V.

Aplícase luego la sutura de la misma manera que en las fístulas vaginales, empezando á introducir los hilos en el vértice del triángúlo, y continuando hácia arriba; los hilos de seda que se pasan primeramente sirven para colocar en posicion los de plata.

El tratamiento consecutivo consiste en mantener á la enferma acostada y en completa quietud, administrar opio, evacuar con frecuencia la orina á beneficio de la sonda, y constipar el vientre. Los hilos inferiores se quitan á los diez dias; los superiores al fin del segundo septenario; y se mantiene á la enferma en el decúbito dorsal por dos ó tres semanas, previniéndole que por algun tiempo se abstenga de hacer esfuerzos musculares violentos.

El Dr. Emmet, viendo que el cuello suele introducirse en el saco que por este procedimiento queda abierto detras del hocico de tenca,

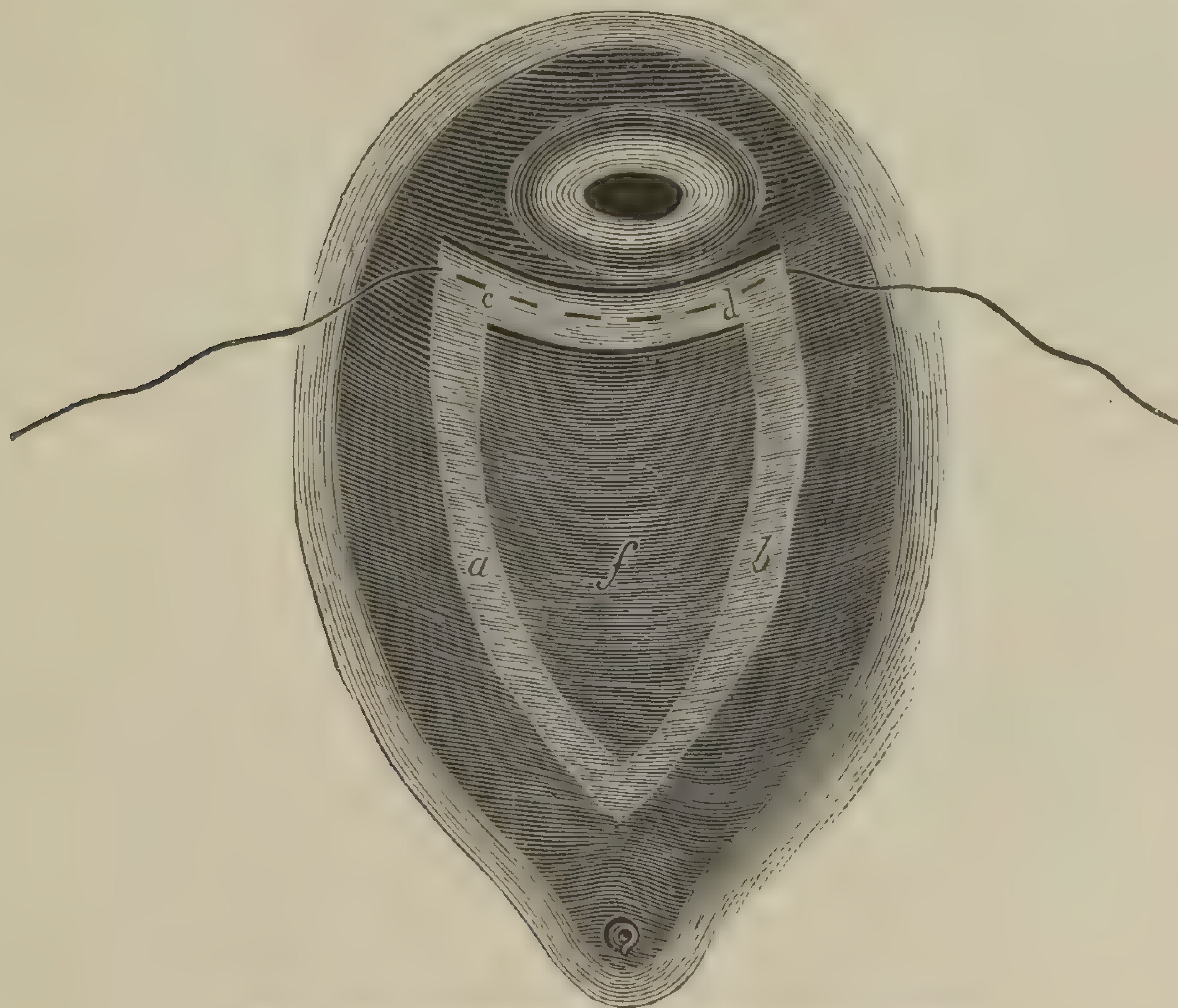


FIG. 90.—Procedimiento de Emmet para la elitrorrafia.

perfeccionó la operacion cerrándolo, como se ve en la Fig. 90; y posteriormente la ha simplificado aun más, del modo siguiente. Al principiar levanta con el tenáculo la membrana mucosa á un lado y á la

distancia conveniente del cuello, y la corta con tijeras, repitiendo el procedimiento en el lado opuesto, y en la cara posterior del cuello. Pasa entónces un hilo metálico á fin de unir todos los puntos denudados, torciéndolo para mantenerlos en contacto. Procediendo de esta manera se logra formar sin ayuda del tenáculo el repliegue de la vagina que, como va representado en la Fig. 89, se efectuaba á favor de dicho instrumento. Enganchando con la erina la membrana mucosa del repliegue vaginal de un lado y otro, corta la parte que eleva, y en seguida pasa un punto de sutura ; de esta manera prosigue gradualmente, evitando un gran derrame de sangre, poniendo desde luego en contacto íntimo las superficies avivadas, y evitando el inconveniente de que no guarden simetría las suturas despues de aplicadas. Habiendo practicado varias veces este procedimiento operatorio, puedo responder de su sencillez.

Aunque son innegables los escelentes resultados de la elitrorrafia, como lo comprueba el gran número de casos operados con ligeras modificaciones del procedimiento, que vienen apareciendo en las publicaciones médicas del dia, presenta, sin embargo, los inconvenientes de ser una operacion engorrosa, de difícil ejecucion para el que no esté familiarizado con este ramo de la cirujía, y espuesta á fracasar, aun cuando haya sido practicada con el mayor esmero ; no quedando duda, por otra parte, de que en muchos casos vuelve con el tiempo á dilatarse la vagina. Scanzoni[1] se adelanta á decir que la operacion es siempre inútil, y añade que, despues de haberla practicado trece veces, "atendiendo á los resultados que hemos obtenido, de ninguna manera podemos hablar con elogio de estas operaciones." Courty[2] dice, con referencia á ella, que en la actualidad "la mayor parte de los cirujanos consideran inútil un procedimiento que, además, no deja de ofrecer peligros." Un crítico escribe lo siguiente en el *New York Medical Journal:*[3] "Estamos curando una enferma que fué operada hace nueve años segun el procedimiento de Sims, y en la cual se abrieron las cicatrices, renovándose la procidencia al cabo de un año. Hace tres que fué sometida dos veces á otra operacion, por el método de Emmet ; y á poco mas de un año, cedieron las bridas, encontrándose la enferma en peor estado que ántes de ser operada ; pues las cicatrices habían deformado la vagina en términos de ser imposible el uso de un pesario." Pero, mi objeto no es acumular pruebas de esta naturaleza, y no presento lo que antecede sino en corroboracion del aserto de que la operacion no se halla exenta de ciertos inconvenientes. Habiendo esperimentado algunos de estos en la práctica, he ejecutado una operacion distinta, que consiste en separar una parte de la pared de la vagina,[4] por medio de

[1] Ob. cit., p. 159. [2] Mal. de l'Utérus, p. 748. [3] Tomo viii, p. 523.

[4] Dieffenbach y otros practicaron hace tiempo la separacion de partes de las paredes vaginales ; lo que yo tengo por mio es sólo el método de practicarla.

un procedimiento que impide la posibilidad de hemorragias graves, asegurando al mismo tiempo la reunion perfecta de los bordes de la herida Me he valido ya catorce veces de este procedimiento ; y si bien en todos los casos hice la operacion en el hospital, y no he vuelto á saber de la mayor parte de ellos, los que he podido seguir con la vista afirman cada vez mas mi confianza en su eficacia. Este método estriba en la ablacion completo de una parte de la pared vaginal, de suerte que la dilatacion, si se reproduce, tiene que efectuarse por la distension de todo el canal, y no por el desgarro de sus paredes adheridas.

Procedimiento de Thomas para estrechar la vagina.—Esta operacion puede practicarse en una ú otra de las paredes vaginales, ó en ámbas sucesivamente. Al practicarla se puede dejar el útero en prolapso completo en la primera operacion, ó bien volverlo á su lugar en la pélvis, terminando el procedimiento con el spéculum de Sims en la vagina. Supongámoslo aplicado contra la pared anterior, estando el útero en prolapso. La enferma, previamente eterizada, se recuesta de espaldas ; como á media pulgada de uno de los lados del cuello, se engancha y eleva con el tenáculo la vagina y se corta con tijeras un pedazo de ella del tamaño de un guisante. Por la abertura hecha se introduce una sonda acanalada, que se hace pasar directamente á traves de la cara anterior del útero, por entre este y la vagina, hasta que llegue á un punto del lado opuesto correspondiente al que marca el principio de la operacion. Esta sonda sirve de guia para incindir trasversalmente la vagina. Haciéndola penetrar entónces en el punto medio de la incision trasversal, se la empuja poco á poco á traves del tejido areolar flojo por entre la vagina y la vejiga, hasta que llegue á

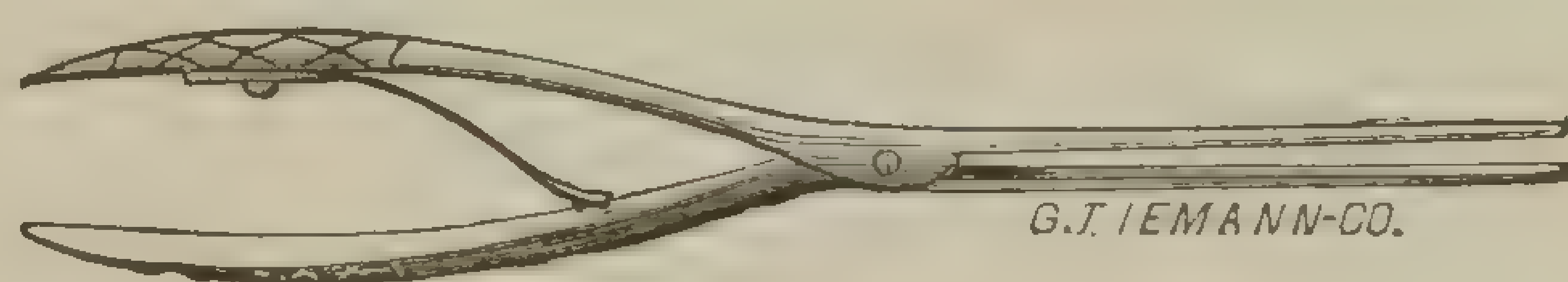


FIG. 91.—Tenazas dilatadoras para separar la vagina de la vejiga.

un punto cerca del meato ; y luego se saca. Esta penetracion la he ejecutado siempre con facilidad. En seguida se introduce en el canal abierto por la sonda un instrumento de acero (Fig. 91), de seis pulgadas de largo, cuyos brazos son del grueso de una sonda de acero número 9, y tienen tres pulgadas de largo ; al llegar al punto mas bajo del canalículo, se separan las hojas del instrumento aproximando sus agarraderas ; lo que ocasiona un desgarro subcutáneo que separa la vagina de la vejiga por un espacio triangular, cuyo vértice está en el cuello del útero y su base en el meato urinario. Cuando los tejidos no ceden fácilmente, se efectúa con rapidez la separacion ayudando al instrumento con el dedo. Hecho esto, se aplica un *clamp* (Fig. 92), compuesto de dos hojas de media pulgada de ancho y tres de largo, cuyas caras

interiores están erizadas de dos hileras de dientes, que sobresalen como un cuarto de pulgada de la superficie; las hojas del instrumento están unidas en uno de sus estremos por un gozne que las deja separar un cuarto de pulgada; y une la otra estremidad un tornillo con que se puede graduar la compresion. La vagina separada se reune á la altura del cuello, por medio de un hilo que la atraviesa en el punto donde se principió la operacion; y despues de apretado el hilo, se dobla la parte libre de la vagina, de suerte que forme elevacion, á manera de dos col-



FIG. 92.—Clamp dentado para comprimir la herida en la vagina.

gajos puestos uno frente á otro. En seguida se aplica el clamp con el gozne dirigido hácia el cuello, y el tornillo hácia la uretra, apretándolo por medio del tornillo; la parte de la vagina que cuelga fuera del instrumento se recorta cerca del borde de este, aplicando la sutura entrecortada con hilos de plata, á fin de reunir los labios de la herida; concluido esto, y sin desprender el clamp, se reduce el útero, lo cual se efectúa sin la menor dificultad. La vagina se llena luego con un tapon empapado en una disolucion de alumbre y de ácido fénico, que se aplica firmemente con objeto de contener toda hemorragia que pueda ocurrir por la incision trasversal cerca del cuello, ó que provenga del desgarro del tabique vésico-vaginal.

Terminada la operacion, se traslada á la cama la enferma; si hay malestar, se calma con opio; vacíase la vejiga con la sonda, y se constipa el vientre. El tapon se estrae á las veinte y cuatro horas; el clamp á las cuarenta y ocho; y al cabo de ocho ó nueve dias se quitan los puntos de sutura.

Por lo regular es necesario operar en ámbas paredes, dejando trascurrir dos ó tres semanas entre las dos operaciones. La que se hace en la pared vaginal despues de reducido el útero, difiere de la que se practica estando el órgano en prolapso, en que en el primer procedimiento, hallándose la matriz en la pélvis, la incision trasversal resultaría difícil, y no debe practicarse, y en que la abertura de la pared de la vagina debe hacerse un poco mas arriba de la horquilla, introduciendo por ella las tenazas dilatadoras. El compresor se ajusta despues de separada la vagina del recto, y se corta la parte de aquella que cuelga fuera del instrumento.

Este procedimiento, acerca del cual no puedo todavía opinar con seguridad, presenta, á mi modo de ver, las ventajas que siguen: 1ª. Se logra por su medio, no tan sólo la adhesion de las paredes vaginales,

sino el desprendimiento completo de una parte de ellas, y con esto la estrechez absoluta de la vagina por una brida cicatricial que no es susceptible de rasgarse. 2ª. La operacion, practicada por el desgarro subcutáneo, ó mas bien submuscular, del tejido areolar, y por la compresion á favor de un clamp, no es muy de temerse que vaya acompañada de hemorragia de esos tejidos vasculares. 3ª. El clamp resiste eficazmente la traccion de las partes; y así no es probable que, como sucede en el procedimiento ordinario, los movimientos de la enferma, la tos, vómitos, etc., desvirtúen la operacion. 4ª. Un operador de mediana actividad puede siempre practicar y completar el procedimiento en treinta minutos; lo cual redunda en provecho de la enferma.

El único inconveniente hasta ahora observado, que presenta la operacion, es la hemorragia ; y esta siempre la he podido contener con la ayuda del clamp. El grado de presion que ha de ejercer este debe, por supuesto, regularse con cuidado, para que no sea perjudicial á la nutricion de la parte comprimida.

El clamp de que yo hago uso se hace de goma vulcanizada, ó de acero niquelado; las tenazas dilatadoras de acero pueden sustituirse con una sonda, efectuándose con esta el desgarro del tejido areolar.

Nunca es cuerdo prometer un resultado feliz y permanente de ninguna de las operaciones de elitrorrafia. La curacion será muchas veces radical y duradera si, en un caso de hipertrofia del cuello, relajacion de la vagina y distension completa ó rasgadura del periné, se hallare dispuesta la enferma á someterse á tres procedimientos, á saber: la amputacion del cuello, la elitrorrafia de la pared anterior, y la reunion del periné. Es cierto que esta es una alternativa altamente grave; pero la mayor parte de las mujeres afectadas de procidencia completa se resignarían sin vacilar á sufrir eso, y aun mas, si abrigasen esperanzas de curacion.

Además de las operaciones mencionadas y que se practican en las paredes de la vagina, se ha recurrido tambien varias veces á la episiorrafia, que ya se ha descrito, con objeto de curar ó aliviar la afeccion de que se trata, y que ha sufrido igualmente diversas modificaciones y combinaciones, las cuales se han designado con los nombres de elitrorrafia inferior, elitro-episiorrafia, episio-perineorrafia, etc.; pero no me detendré á hacer la descripcion de ellas, limitándome á mencionarlas, por temor de hacer confusa la materia, intercalando pormenores, que si bien son en estremo interesantes, no ofrecen gran valor práctico.

A los métodos descritos, practicados para sostener el útero estrechando la vagina, y estableciendo en este conducto una columna artificial cicatricial, bien posterior ó bien anterior, pueden añadirse el cauterio actual, los ácidos minerales, los escaróticos, la produccion de ulceraciones por medio de pesarios galvánicos, y la mortificacion estran-

gulando las partes con pinzas, todos los cuales se han empleado tambien para lograr el objeto apetecido. No entraré en la descripcion de estos procedimientos: el lector que desee mas pormenores acerca de ellos, puede consultar la obra de Scanzoni sobre las *Enfermedades de las Mujeres.* Ocurre advertir, sin embargo, que todos, sobre presentar el inconveniente de ser en estremo dolorosos despues de disipado el sueño anestésico, son mas engorrosos y ménos seguros en sus resultados que los que dejamos descritos.

CAPÍTULO XXI.

ANTEVERSION DEL ÚTERO.

ANTES de pasar al estudio de las versiones y flexiones de la matriz, deseo advertir con especialidad al lector, que si las considero en capítulos diferentes, no es porque sean clínicamente distintas entre sí, sino por haberme parecido ese modo de estudiarlas mas conducente á la exactitud y perfeccion en los detalles; pues las versiones rara vez existen sin que las compliquen las flexiones, y estas se ven con frecuencia complicadas por aquellas.

Definicion y frecuencia.—Esta lesion consiste en la inclinacion de la matriz hácia adelante, de modo que el fondo se aproxima á la sínfisis pubiana, y el cuello se dirige contra el sacro. Aunque es ménos frecuente que la anteflexion, no son por eso raros los casos que de ella se presentan; manifestándose unas veces como complicacion molesta de la hiperplasia areolar ó de escrecencias fibrosas, y otras, sin que se observe el menor cambio en el parénquima uterino.

El Dr. Churchill[1] empieza con estas palabras su capítulo sobre la materia: "No dejará de parecer inoportuno que tratemos en este lugar de algunas de estas dislocaciones, ya que tienen una conexion tan íntima con la preñez y el parto; pero como suelen tambien ocurrir independientemente de esas condiciones, hemos creido preferible esta digresion á tener luego que considerarlas de un modo incompleto ú omitirlas del todo." Mi esperiencia me pone en completo desacuerdo con la del célebre tocólogo irlandes; pues he observado muy comunmente las versiones en el estado no puerperal. M. Goupil, en 115 mujeres nulíparas, observó 14 casos de versiones ó flexiones; y encontró 36 casos en 114 mujeres multíparas, examinadas con respecto á este punto.

El siguiente cuadro está estractado de un interesante informe estadístico del Dr. Meadows:—

[1] Diseases of Women, ed. americana.

Casos de dislocaciones examinados				84
" " posteriores	52	Retroflexion	34	
		Retroversion	18	
" " anteriores	32	Anteflexion	20	
		Anteversion	12	

Es imposible conciliar la diferencia de los resultados obtenidos segun los datos estadísticos recogidos por diversos autores ; por ejemplo, M. Nonat[1] habla de 339 casos de dislocaciones, de los cuales el número de desviaciones anteriores y posteriores fué como sigue :—

Anteversion	135
Anteflexion	33
Retroversion	67
Retroflexion	11

"La anteversion, dice Klob,[2] es por lo regular una forma rara de dislocacion, y ocurre con ménos frecuencia que la retroversion."

Los razonamientos y las teorías especulativas mas bien oscurecen

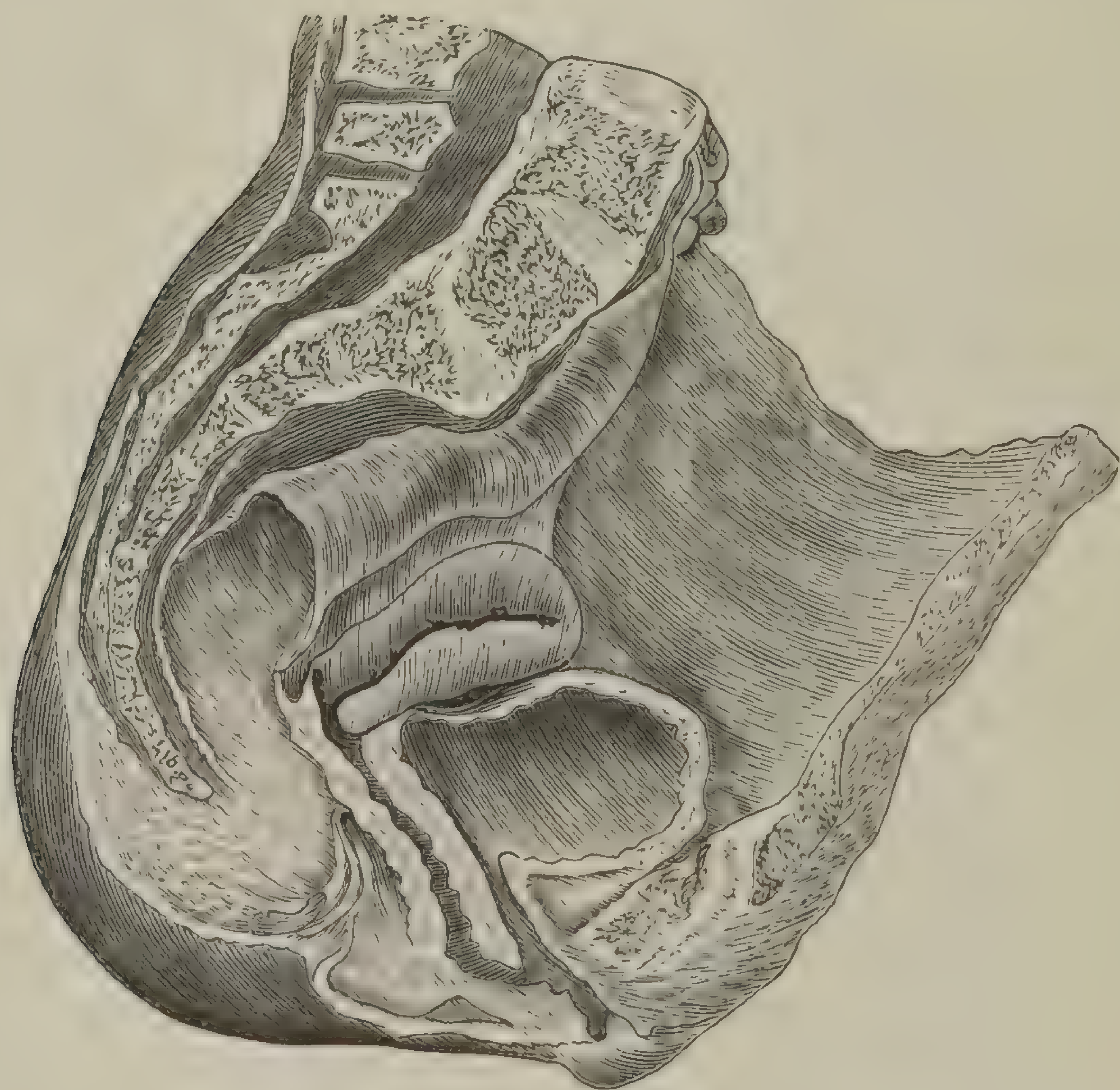


Fig. 93.—Posicion normal del útero.[3] (Breisky.)

que aclaran los asuntos de esta naturaleza ; siendo los datos estadísticos, reunidos con atencion, la única vía de acierto ; y aun esto no siempre de un modo concluyente, como se notará en el caso de que se trata, en que vemos al Dr. Meadows presentar como la forma mas comun de

[1] Mal. de l'Utérus, p. 416.

[2] Klob, Patholog. Anat., p. 69.

[3] Boston Gynæcol. Journ.

desviacion, la misma que Nonat y Scanzoni aseguran ser la ménos frecuente! El análisis comparativo de los casos referidos por estas tres autoridades escrupulosas, nos deja indecisos; y bien podemos decir con Sidney Smith, en vista de esta comparacion de pruebas estadísticas, que "escepto los hechos, nada hay ménos digno de confianza que los números."

La matriz en su posicion normal se inclina ligeramente hácia adelante, correspondiendo su eje al del estrecho superior, cuya direccion es la de una línea que, partiendo del ombligo, ó un poco mas arriba de este, se dirige hácia el cóccis.

Causas de carácter leve pueden aumentar de tal modo el grado de esta inclinacion hácia adelante que constituya un estado morboso. En cuanto á la línea divisoria entre lo normal y lo anormal, es imposible sentar una regla fija, debiendo guiarnos la esperiencia; aunque en términos generales puede decirse, que hay anteversion cuando se observa el útero atravesado en la pélvis, con el fondo cerca de la sínfisis pubiana, y el cuello en la concavidad del sacro.

Los agentes principales que suspenden la matriz son los ligamentos vésico-uterinos y útero-sacros, que tienen su insercion en el punto de union del cuerpo y el cuello, punto que por esta razon se ha llamado el "centro de revolucion" del órgano. Suspendido así el útero, estorban su rotacion anterior los ligamentos anchos, y cierto grado de apoyo que le proporcionan la vejiga y las paredes del abdómen. Cualquiera influencia que venza ó anule la fuerza sostenedora de la vejiga, de los ligamentos vésico-uterinos ó de las paredes abdominales, ó determina el cambio de situacion de que se trata, ó produce en el órgano una marcada predisposicion á esperimentarlo bajo la influencia de causas de carácter escitante.

Causas predisponentes.—El parto, un estado de debilidad muscular, la indolencia é inactividad, y la atonía de las paredes abdominales, son causas predisponentes de esta afeccion.

Causas escitantes.—Estas pueden enumerarse como sigue:

Influencias que aumentan el peso del útero.

Congestion;
Hipertrofia ó hiperplasia;
Subinvolucion;
Cuerpos fibrosos;
Preñez.

Influencias que empujan directamente hácia adelante el fondo.

Esfuerzos violentos;
Derrames en la cavidad del abdómen.
Tumores abdominales;
Vestidos ajustados.

Influencias que debilitan los medios de fijeza del útero.

Rasgadura del periné;
Prolapso de la vagina;
Relajacion de los ligamentos;
Destruccion de la resistencia de los ligamentos vésico-uterinos por un cistocele.

Influencias que arrastran el fondo directamente hácia adelante.

Falsas membranas;
Prolapso de la vagina;
Cistocele;
Reducida estension de los ligamentos redondos.

La hiperplasia areolar produce un gran número de casos; los tumores fibrosos un número nada insignificante; de las falsas membranas provienen algunos de los casos mas incurables; muchos del cistocele que suprime el apoyo del órgano, al mismo tiempo que le hace esperimentar una fuerza de traccion; y unos cuantos se presentan sin otra causa aparente que una compresion directa que ejercen las vísceras abdominales en el fondo del útero. Esta última causa es ayudada en gran manera por la relajacion de las paredes abdominales, que priva á las vísceras de su apoyo.

Síntomas.—En ciertos casos raros existe la anteversion sin acarrear perturbacion alguna local ni constitucional. Produce comunmente dismenorrea y esterilidad por la compresion que sufre el hocico de tenca contra la pared posterior de la vagina; y la presion que ejercen el fondo del útero en la vejiga, y el cuello en el recto irrita estas vísceras y estorba sus funciones. La vejiga padece con mas especialidad, desarrollándose á veces un estado morboso casi idéntico á la cistitis; y la compresion del recto produce, si bien con ménos frecuencia, tenesmo, irritacion y dolor.

Este mal dificulta el andar de una manera sorprendente en ciertos casos escepcionales. Cuatro he visto en que las enfermas se vieron obligadas por este motivo á guardar cama, ó á estar recostadas sobre un sofá durante largo tiempo. Una de ellas no había salido de la casa en cuatro años; dos de las mismas apénas se habían puesto en pié durante ocho meses; y la última, por espacio de doce años, no pudo andar ni un cuarto de milla sin esperimentar el mayor malestar. En todos estos casos ví la prueba mas positiva de que provenía de la anteversion la imposibilidad de andar; pues esta desaparecía cuando el útero se hallaba bien sostenido con un pesario á propósito, y reaparecía en cuanto se quitaba el instrumento sin saberlo la enferma. Ninguna de estas mujeres padecía el histerismo que tan á menudo engaña al médico en lo relativo á los resultados de los remedios.

Curso, duracion y terminacion.—Aunque se suprima la causa esci-

tante, la dislocacion suele persistir, por cuanto la distension prolongada de los ligamentos anchos y vésico-uterinos ha tenido por efecto aflojarlos y debilitarlos; al paso que el reposo no interrumpido ha determinado la contraccion de los útero-sacros. Los primeros no ayudan en nada al órgano caido, y los últimos contribuyen á mantenerlo fuera de posicion, elevando el cuello hácia el recto. Algunas veces la preñez efectúa la curacion, desapareciendo la oblicuidad al terminarse la involucion; pero generalmente continúa sin modificarse la desviacion, á ménos que se suprima la causa escitante, y se mantenga el órgano en su posicion normal durante un año, ó mas.

Variedades.—La anteversion puede ser completa ó parcial, es decir que de ella sólo se reconocen dos grados; miéntras que tienen tres la retroversion y el prolapso. Es tanta la inclinacion anterior normal del eje uterino, que no nos permite mirar como estado morboso una ligera exageracion de oblicuidad.

La Fig. 94 representa las variaciones mencionadas: la inclinacion de 45° constituye el primer grado, ó de anteversion parcial; la de 90°, el segundo grado, ó de anteversion completa.

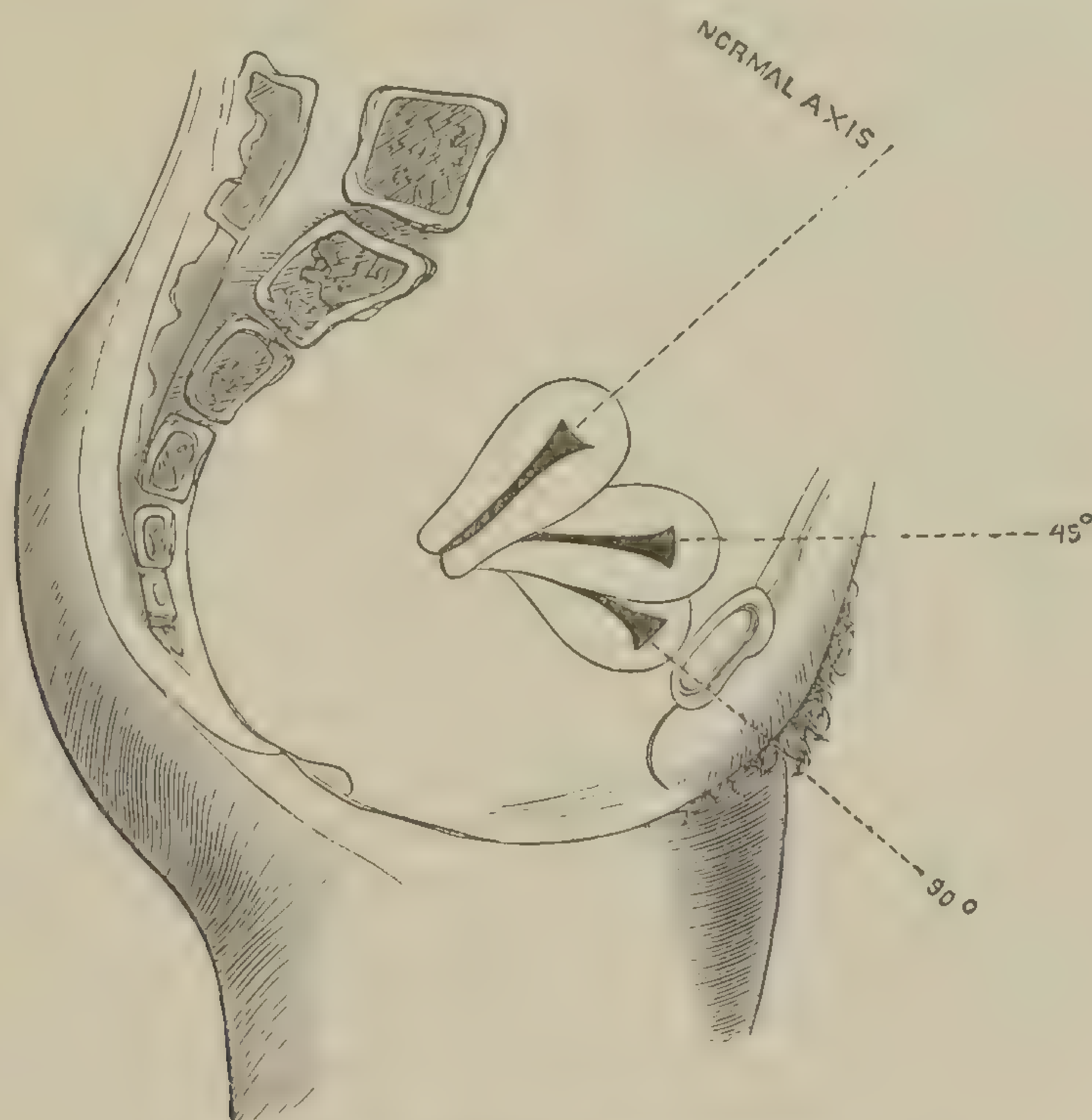


FIG. 94.—Grados de anteversion.

Diagnóstico.—Cuando en un caso de esta dislocacion se practica el tacto vaginal, recostada la enferma de espaldas, el dedo no da con el cuello uterino; una investigacion rápida prueba que no se encuentra en la region púbica, ni en las laterales de la pélvis; pero si se esplora profundamente, con dos dedos, se le descubre en la parte superior de la concavidad del sacro. Si se desliza en seguida el dedo hácia el púbis,

se percibe una protuberancia dura que se dirige hácia la sínfisis pubiana, y que la palpacion y el tacto combinados demuestran ser el cuerpo del útero, con lo cual queda establecido el diagnóstico, á ménos que se juzguen necesarias mas pruebas, en cuyo caso se introduce en la cavidad el estilete uterino muy encorvado; pero esto es rara vez indispensable, y siempre difícil.

Diagnóstico diferencial.—Dice Capuron,[1] que equivocando Levret el primer caso que observó de esta desviacion, con el de piedra en la vejiga, operó en este concepto, y sacrificó la vida de la enferma; pero puede decirse que á pesar de tan grave error, padecido por autoridad tan eminente, no hay razon para confundir esta afeccion con ninguna otra enfermedad. Quizás no sea posible conocer el estado morboso que da lugar á la dislocacion, y tal vez pueda padecerse un error igualmente grave respecto de su naturaleza; pero esto no concierne al asunto de que estamos tratando. El descubrimiento del mero hecho de la existencia de la anteversion, nunca es difícil, si con este objeto el médico se vale de los medios propios para establecer el diagnóstico.

Pronóstico.—Este es en estremo feliz en cuanto á la gravedad de los accidentes que origina la dislocacion, aunque se vea esta acompañada de muchas incomodidades y malestar, como irritacion de la vejiga y del recto, neuralgia, á consecuencia de la compresion de los nervios, y dificultad en el andar; pero ninguno de estos inconvenientes alcanza un grado peligroso de desarrollo. El mal es incurable si no se recurre al tratamiento por medios mecánicos; pero con el uso de estos puede lograrse gran mejoría y aun la curacion completa; siendo la desaparicion de la dismenorrea y de la esterilidad uno de los indicios mas importantes que primero se presentan del beneficio conseguido con el tratamiento mecánico. Suele ser difícil suprimir la causa escitante de la anteversion, y aun cuando se logre, la tendencia del útero á continuar en la posicion anormal en que por tanto tiempo ha permanecido, dificulta en gran manera el mantenerlo en su posicion normal. Ya se ha espuesto una de las razones que esplican esto, á saber, el cambio de disposicion que, bajo ciertas influencias, se efectúa con tanta facilidad en los ligamentos uterinos. Por ejemplo, durante el embarazo todos ellos se encuentran alargados; en las dislocaciones posteriores, los ligamentos útero-sacros están distendidos; y en las de sentido opuesto se hallan afectados del mismo modo los ligamentos vésico-uterinos; y, á la inversa de esto, la continuidad del reposo determina la contraccion de dichos órganos, cuyo fenómeno presentan por regla general los ligamentos útero-sacros en la anteversion, sin que sea lícito dudar se verifica igualmente en los redondos.

Tratamiento de las dislocaciones anteriores en que la version prevalece sobre la flexion.—El primer punto que importa decidir, ántes que se

[1] Mal. des Femmes, p. 202.

instituya el tratamiento, es, si los fenómenos morbosos existentes reconocen por causa principal la dislocacion, ó son consecutivos á la enfermedad que originó esta lesion. Si existieren motivos para considerar la oblicuidad simplemente como una condicion coincidente ó resultante, que no causa molestia, claro es que la afeccion primitiva reclamará la prioridad en el tratamiento; pero sería ocioso repetir que á lo que debe atenderse principalmente, no es al cambio de posicion, sino á su causa; y que si esta fuera una endometritis, la subinvolucion ó un tumor fibroso, debe dirigirse el tratamiento á estos estados morbosos y no á la dislocacion. Al buen éxito en el tratamiento de casos de esta naturaleza, nada se opone con tanta eficacia como el querer aplicar á la práctica la idea teórica de que el sosten artificial debe limitarse á aquellas dislocaciones en que no existe complicacion ninguna. El apoyo mecánico viene á ser indispensable muchas veces cuando la desviacion es resultado ó complicacion de otra enfermedad; y es nuestro deber entónces, como en otros muchos casos, aliviar uno de los síntomas mas molestos de la afeccion. La matriz necesita muchas veces del pesario, como de las tablillas un hueso roto; no estrictamente como medio curativo, sino como auxiliar del tratamiento, por cuyo medio se disipa el dolor y se consigue descanso, miéntras se van efectuando las evoluciones de la curacion.

Métodos para la reduccion.—El restablecimiento de la matriz en su sitio se verifica casi siempre con facilidad, pues al contrario que en el caso de retroversion, la dislocacion rara vez llega á ser completa; y aun cuando lo sea no es difícil la reduccion. Si se esperimenta alguna dificultad, se evacúa la vejiga con la algalia, y se recuesta la enferma de espaldas sobre una mesa ó una cama dura, cuidando de quitarle toda compresion de vestido ajustado en el abdómen. El operador introduce en la vagina dos dedos, bien untados con alguna sustancia crasa, y comprime con sus estremidades el cuerpo del útero, que habrá empujado hácia abajo las paredes de la vejiga. Miéntras se emplean de esta manera los dedos de la mano izquierda, se coloca la derecha sobre el abdómen, á fin de empujar hácia arriba el útero y las vísceras abdominales cuando se intenta la reduccion. Entónces se previene á la enferma que llene de aire los pulmones, y que lo espela despues suavemente con una espiracion prolongada; y al acercarse el fin del acto espiratorio el médico empuja hácia arriba el cuerpo del útero con los dedos que se hallan en la vagina, y su fondo y las vísceras abdominales con la mano que está sobre el hipogastrio.[1] De esta manera suele conseguirse restablecer inmediatamente la matriz en su lugar; pero si no sucediere así, se repetirá el procedimiento segun se ha descrito, hasta lograr el objeto apetecido. Cuando es parcial la anteversion, la reduccion, por de contado, es mucho mas fácil; pero entónces nada se gana con ella,

[1] Antes de emplear fuerza para reducir el órgano en anteversion, debe cerciorarse el operador á no quedarle duda, de que aquel no se halla sujetado por falsas membranas.

porque el órgano vuelve á abandonar su sitio en cuanto cesa la fuerza empleada. En casos de esta clase se eleva el fondo con ámbas manos: sosteniéndolo con la que está sobre el abdómen, el dedo que se halla en la vagina se coloca detras del cuello y empuja esta parte hácia la sínfisis pubiana.

Algunos prácticos esperan curar el mal repitiendo diariamente la reduccion del útero en anteversion ó retroversion; pero la esperanza fundada en este método vendrá á ser ilusoria; pues si bien el restablecimiento del órgano en su posicion natural podrá ser permanente en los casos de anteversion completa y repentina, yo no he observado jamás semejante resultado en los casos de dislocacion crónica ó parcial.

Métodos para mantener el útero en su lugar:—

Decúbito dorsal;
Retencion prolongada de la orina;
Ausencia de toda compresion sobre el vientre;
Cintura abdominal;
Pesarios.

El decúbito dorsal es muy útil en los casos que ocurren repentinamente, por ejemplo, durante la preñez ó despues del parto; y es tambien un auxiliar importante del tratamiento con los pesarios, aun en casos de carácter crónico. En estos, al comenzar el tratamiento de esa manera, conviene que la enferma se mantenga diariamente en esta posicion durante dos ó tres horas del medio dia, á fin de proporcionar á las partes un reposo temporal.

La retencion prolongada de la orina fué recomendada primero por Piorry, y aunque carece de valor práctico miéntras está levantada la enferma, no queda duda de que hasta cierto punto es eficaz, combinada con el decúbito dorsal, por cuya razon debe siempre recurrirse á ella. Su utilidad es poca ó ninguna en los casos de pura anteflexion; pero cuando prevalece la anteversion, eleva la matriz, sosteniéndola notablemente, á ménos que exista el cistocele. Para hacer mas eficaz este medio, se eleva el pié de la cama como doce pulgadas; y la vejiga en estado de replecion comprime el órgano dislocado, del cual se aparta todo peso haciendo retirarse hácia arriba los intestinos. El que dude de lo que acabamos de decir, no tiene mas que examinar el útero en anteversion, despues de ejecutado lo que antecede; y no tardará en convencerse con la prueba que se presenta á sus sentidos. Recomiendo mucho este plan de tratamiento, pero sólo como método preparatorio ántes de emplear los pesarios.

La ausencia de la compresion del vientre, prohibiendo el uso de ropas muy ceñidas, de faldas pesadas suspendidas de las caderas, y de toda faja ó cinto compresor que haga sustituir la respiracion abdominal á la torácica, es un medio que se descuida con demasiada frecuencia en

estos casos; y, sin embargo, su valor es innegable, y se logra con él tanto alivio como con cualquiera de los otros que conocemos.

Cintura abdominal.—La compresion de este aparato en la region inferior del tronco es tan provechosa como nociva la del corsé en la superior. Cuando las paredes del abdómen están relajadas y no sostienen cual corresponde las vísceras, caen estas últimas sobre el fondo de la matriz, y tienden á producir y mantener la oblicuidad anterior.

No puede negarse que una cintura ó vendaje abdominal bien adaptado, da tono á las paredes laxas del vientre, y sostiene, no el útero, sino los intestinos. Sus buenos resultados son tan palpables y seguros, y los observo tan constantemente en la práctica, que no puedo dudar de su utilidad; aunque, como he dicho ya, muchos condenan su uso calificándolo de absolutamente nocivo. El Dr. J. C. Nott esplicó especiosamente por qué la cintura abdominal produce en algunas mujeres tan felices resultados, y en otras todo lo contrario. "Si la enferma está enflaquecida, dice, y las paredes abdominales retraidas, ó siquiera achatadas, la cintura mas bien comprime que sostiene el útero. Por otro lado, su aplicacion proporciona notable apoyo cuando es corpulenta la mujer." El aparato que con este objeto empleo y que, sobre ser muy útil, es sencillo, eficaz, y poco dispendioso, consiste en un pedazo oval de cedro, pino ó corcho, de cuatro pulgadas de ancho y cinco de largo; la superficie que se coloca en contacto con el cuerpo es convexa, y plana la del lado opuesto; y se mantiene en su lugar por medio de un

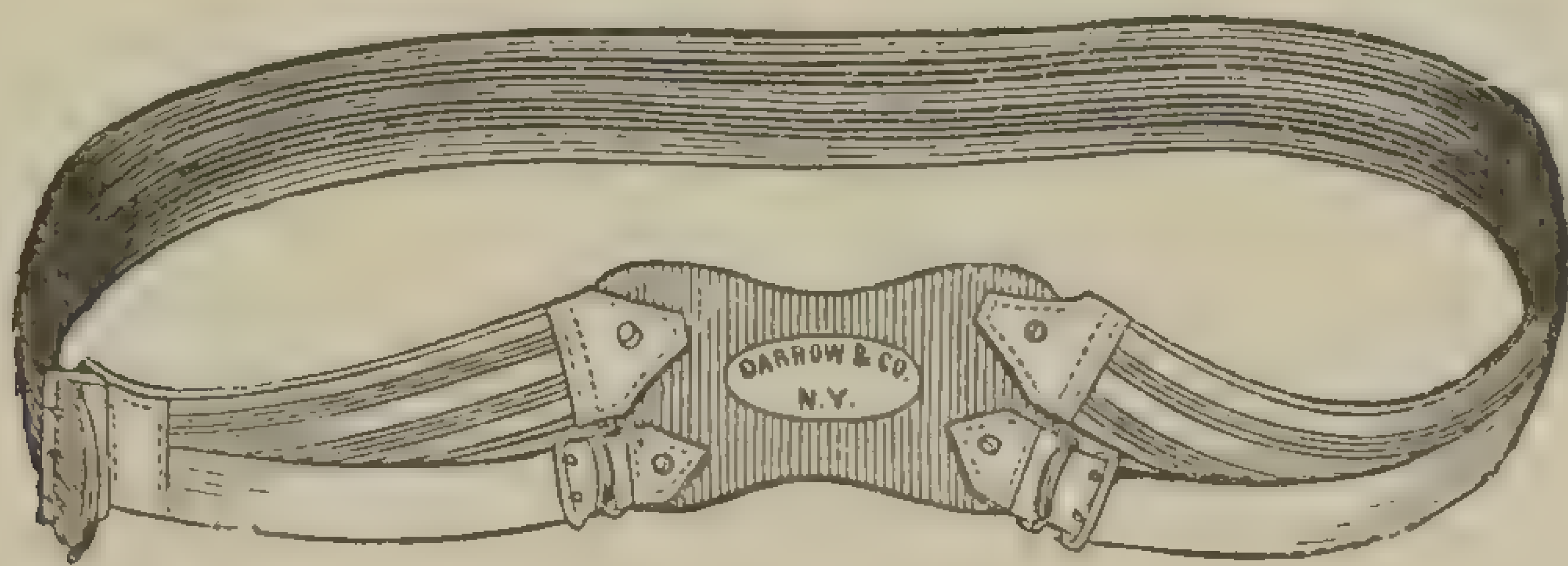


Fig. 95.—Cintura abdominal de madera ó corcho.

ceñidor elástico, ó de un resorte angosto de acero cubierto de gamuza, semejante al de un vendaje herniario comun. Su presion es parecida á la de la mano, y produce mucho alivio tan pronto como se acostumbran á ella las enfermas; para lo cual suele requerirse un poco de tiempo.

Pesarios.—Para que el pesario sostenga el útero en anteversion como debe, es necesario que haga una presion continua sobre la base de la vejiga, mas arriba del punto en que se reunen el cuerpo y el cuello de la matriz; haga las veces de los ligamentos vésico-uterinos; y no lastime la vagina comprimiéndola con demasía. Conseguir que un instrumento llene todos estos requisitos no es nada fácil; pues puede suceder que ó bien sostenga el útero en su lugar á espensas de un grado tal de fuerza que cause una solucion de continuidad en la vagina, ó bien que sea tan poca la resistencia que oponga al órgano, que deje

22

caer su fondo hácia adelante. En esta forma de dislocacion, mucho mas que en la que se presenta en sentido posterior, se requiere mucha habilidad, paciencia, é ingenio mecánico para emplear los pesarios; aun poseyendo todas estas cualidades, ocurren con frecuencia casos en que se lastiman las partes por la compresion efectuada; y si se carece de ellas, es muy peligroso este método de tratamiento. Cuando á la dislocacion ha precedido una peritonitis pelviana, el peligro es tan grande que debe desecharse el tratamiento con pesarios; ó si se intentare, limitarlo á las mas cuidadosas tentativas.

Una vez formado el diagnóstico y determinado que el mantener la matriz en su puesto no trae riesgo alguno ocasionado por una pelviperitonitis anterior, y que la oblicuidad no proviene de ninguna condicion que pueda hacerse desaparecer con un procedimiento operatorio, se principia el tratamiento de este modo. Adminístrase un purgante que evacúe los intestinos; se aparta del fondo del útero todo peso, á favor de una cintura abdominal y de un suspensor de faldas; y se encarga á la enferma que no haga mas que un ejercicio moderado y evite todo esfuerzo violento. Todos los dias, por la mañana y por la noche, debe hacer uso de la ducha vaginal caliente; empleándola no sólo al principio, sino miéntras dure el tratamiento, á fin de impedir la irritacion que este ocasione; y cada dos dias, durante ocho ó diez, ántes de colocar el pesario, se debe introducir el repositor uterino, y conducir suavemente la matriz á un estado de retroversion, en el cual se la mantiene por dos ó tres minutos cada vez. Al cabo de este tiempo, si se puede reducir el órgano con facilidad, y no se necesita mucha fuerza para sostenerlo, se introduce el pesario que representa la Fig. 96, permitiendo á la enferma que ande; y, si no le causa dolor, que se vaya con él, aunque viva algo léjos de la casa del médico; ya que á ella misma le es fácil estraerlo cuando empiece á lastimarle. A los tres ó cua-



FIG. 96.—Pesario de anteversion de Thomas, cerrado.

tro dias se examinará el instrumento, y se cambiará inmediatamente si ha producido dolor, ó dejado su impresion en las paredes de la vagina; y si no, se le dejará puesto sin mas exámen, primero por una semana, y sucesivamente por dos; por un mes; y por último, por un período mas

largo, como de dos meses, por ejemplo. La Fig. 96 representa el pesario á que se ha hecho alusion, cerrado á fin de poderlo introducir; y la Fig. 97 lo representa abierto, segun queda en la vagina. El arco que sostiene el fondo es grande y pulido, para que no lastime la pared vaginal. Cuando se tira de la rama mas baja del pesario, el arco cae

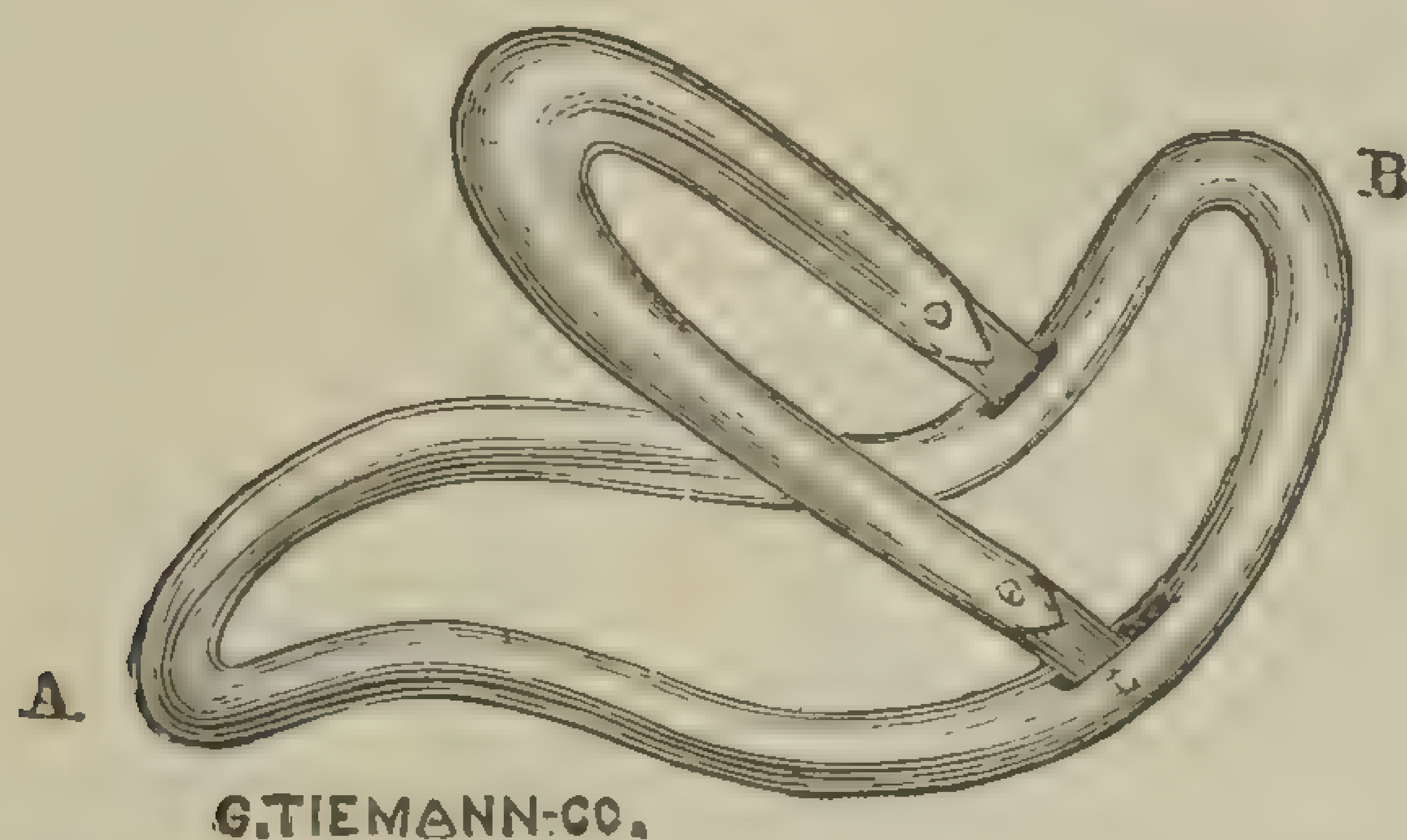
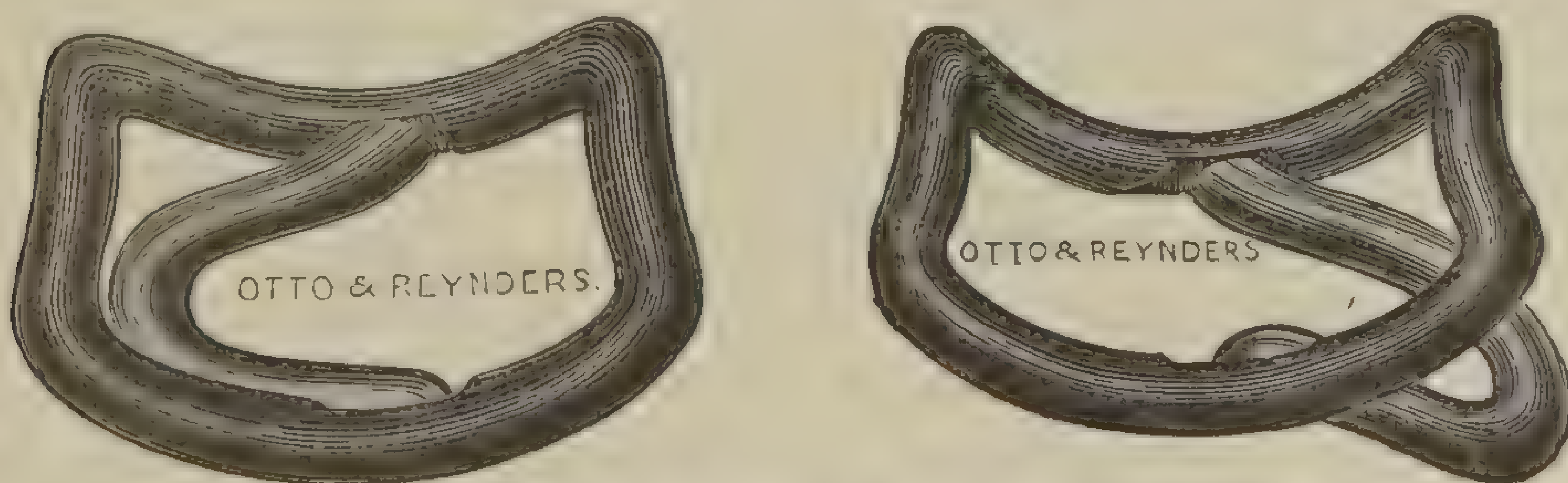


Fig. 97.—Pesario de anteversion de Thomas, abierto.

sobre la base del instrumento, con lo cual se puede quitar este con facilidad. Una circunstancia importantísima del pesario de anteversion es la posibilidad de estraerlo la enferma; pues yéndose esta despues de introducido, puede sufrir dolores agonizantes al cabo de pocas horas, sobreviniendo una flegmasía si no logra sacar el instrumento; por esta razon jamas permito á la enferma que lo lleva salir de mi oficina para ausentarse de la ciudad, sin estar ántes muy seguro de que ella misma puede sacarse fácilmente el pesario. El instrumento representado en las láminas que anteceden se introduce cerrado, empujándolo hasta que llegue al cuello y quede inmediatamente debajo de este; entónces con el dedo índice se empuja hácia adelante el arco anterior, lo que hace que el cuello caiga detras y el fondo sobre él, viniendo el arco posterior á quedar detras del cuello. Para introducir este, y todos los demas pesarios de anteversion, es menester alguna práctica.

La gran ventaja de este instrumento es que la enferma misma puede



Figs. 98, 99.—Pesario de anteversion de Thomas, cerrado y abierto.

quitárselo con facilidad; pero cuando esta puede continuar bajo la inmediata observacion del ginecólogo, hallándose tan cerca que sea fácil su pronta asistencia si el pesario causa incomodidad, prefiero el que se representa cerrado en la Fig. 98, y abierto en la 99.

Este pesario se introduce cerrado, estando la mujer acostada de espaldas; la rama anterior A se empuja con el dedo índice hácia arriba, contra la vejiga, á fin de que eleve el útero dislocado, se mantiene en esta posicion miéntras se desliza el dedo hácia abajo, se engancha en el arco B, doblado sobre el instrumento, y se pone este en la posicion que representa la Fig. 99. Una vez abierto, el arco B viene á quedar debajo de la sínfisis del púbis.

Para sacarlo, se empuja hácia arriba la rama A, y se mantiene elevada con la punta del dedo índice, cuya superficie palmar mira hácia el operador, miéntras su dorso cierra el arco B; la rama A se trae hácia abajo, y el instrumento sale sin dificultad.

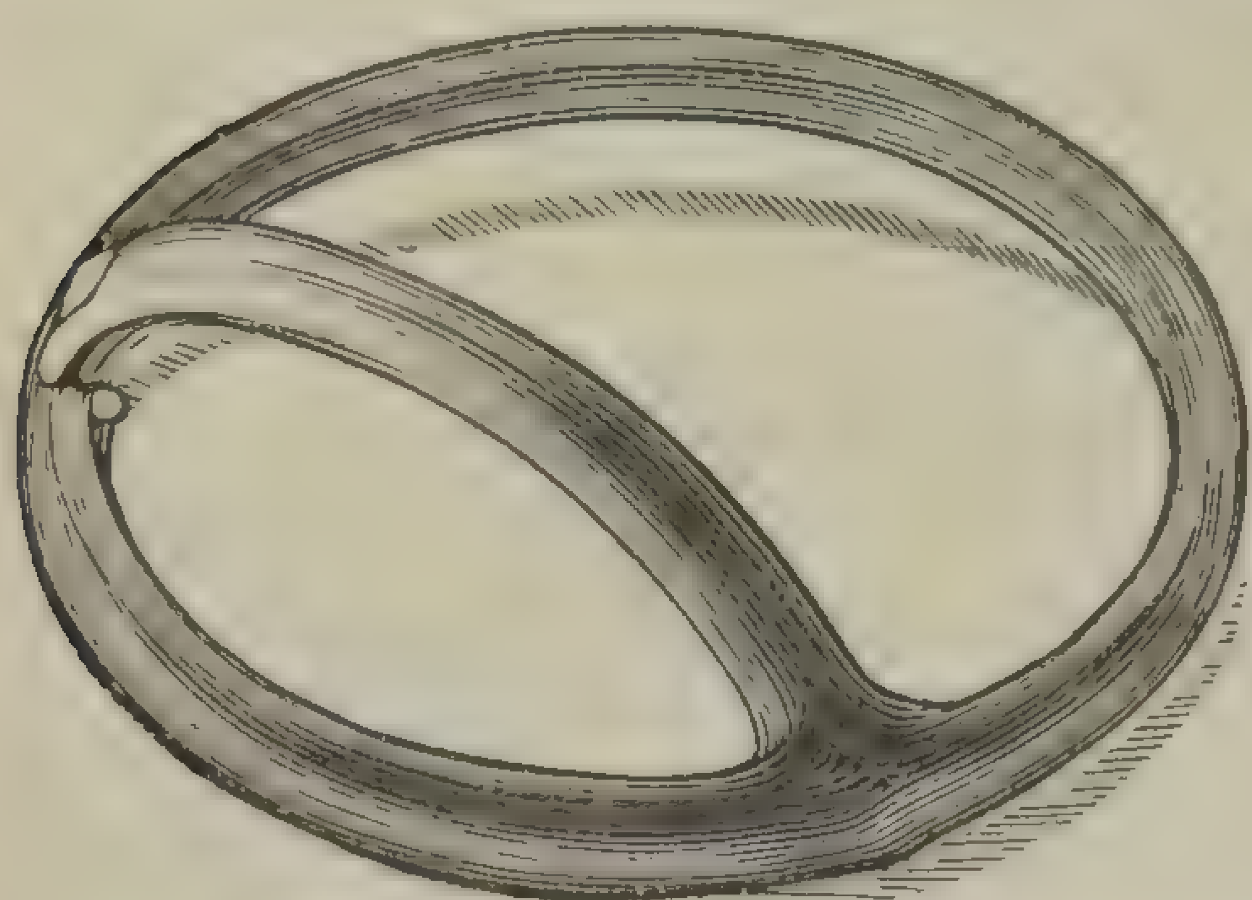


Fig. 100.—Pesario de anteversion de Hitchcock.

El Dr. Hitchcock, de Kalamazoo, ha inventado otro pesario muy útil en estos casos, que consiste en un anillo, que puede ser elástico ó no, con un arco dispuesto del modo que se ve en la adjunta lámina.

Si el médico se considera poco esperto en la aplicacion de los pesarios, ó si la reduccion del órgano es difícil, requiriéndose mucha fuerza para mantenerlo en su lugar, convendrá no emplear un pesario interno, y sí uno en combinacion con un vendaje esterior. El pesario puede construirse de manera que su tallo pase por encima del periné, ó bien que, saliendo por la comisura superior de la vagina, vaya á situarse sobre la sínfisis y la pared anterior del abdómen. Un pesario muy sencillo dispuesto del primer modo, es la modificacion del de retroversion de Cutter.

El estremo superior del pesario modificado de Cutter, termina en una pelota oval, y está encorvado de manera que venga á quedar contra la base de la vejiga, delante del cuello uterino. El médico colocará el instrumento, enseñando á la enferma cómo ha de hacerlo, y encargándole que lo saque todas las noches despues de acostada, y lo introduzca por la mañana ántes de levantarse. Su accion trae hácia adelante el cuello, prolonga los ligamentos útero-sacros, establece la tolerancia de un cuerpo estraño, y forma una bolsa ó depresion delante del cuello, que dará cabida con el tiempo al arco del pesario que representa la Fig. 97, si deseare el médico ensayarlo. Esta clase de pesarios puede emplearse en cualquier caso como preparatorio, ántes de usar el pesario interno; siendo posible generalmente aplicar uno de estos últimos, despues de haber usado durante uno ó dos meses el primero. El que ha adquirido esperiencia en la aplicacion de ámbos instrumentos, casi siempre puede decidir, sin previo ensayo, cuál de los dos debe emplearse: si al comprimir con el dedo la base de la vejiga ceden los tejidos, formándose

una especie de saco ó bolsa delante del cuello, podrá aplicarse un pesario interno; si no sucede así, y los tejidos resisten la compresion del

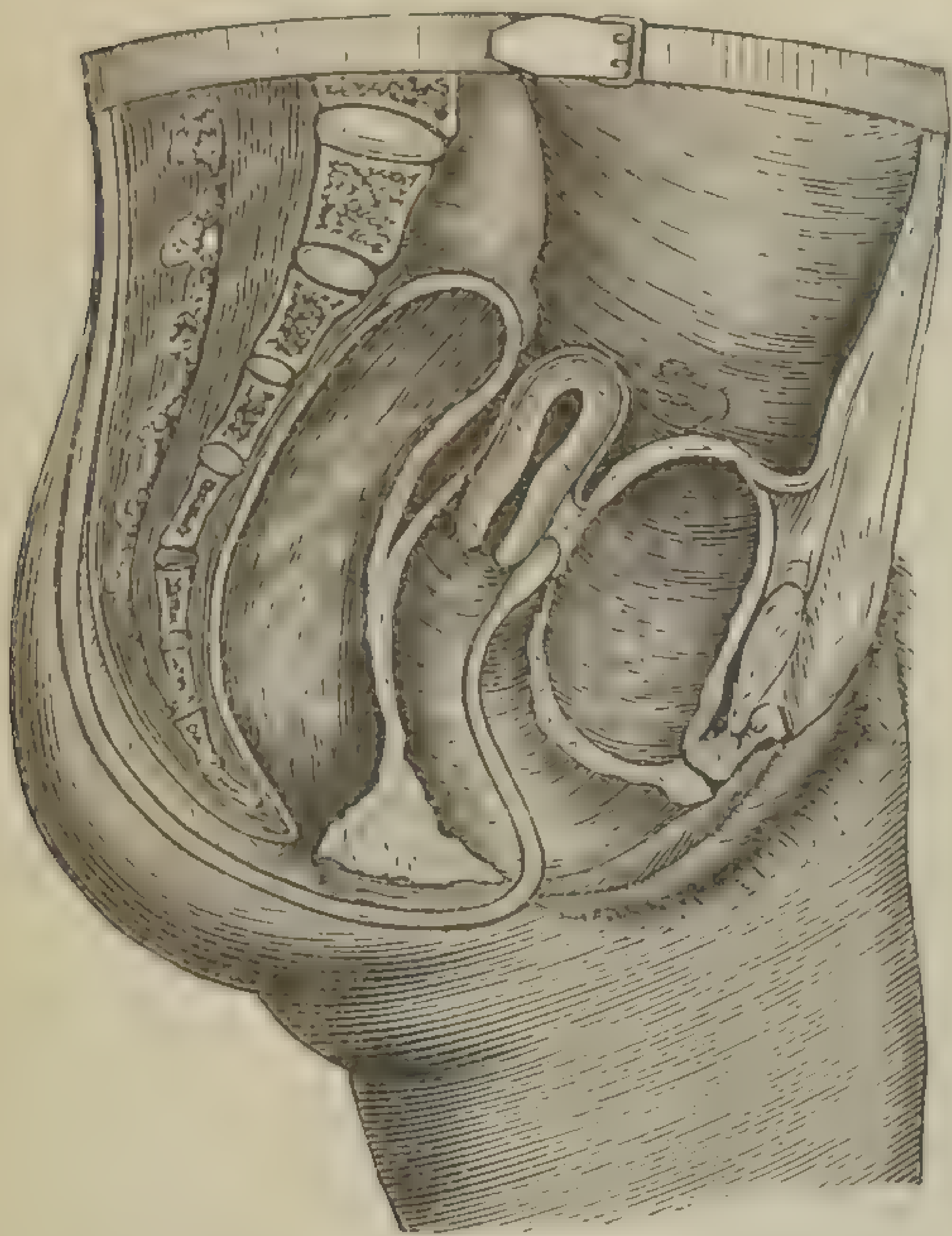


Fig. 101.—Pesario de anteversion sosteniendo el útero.

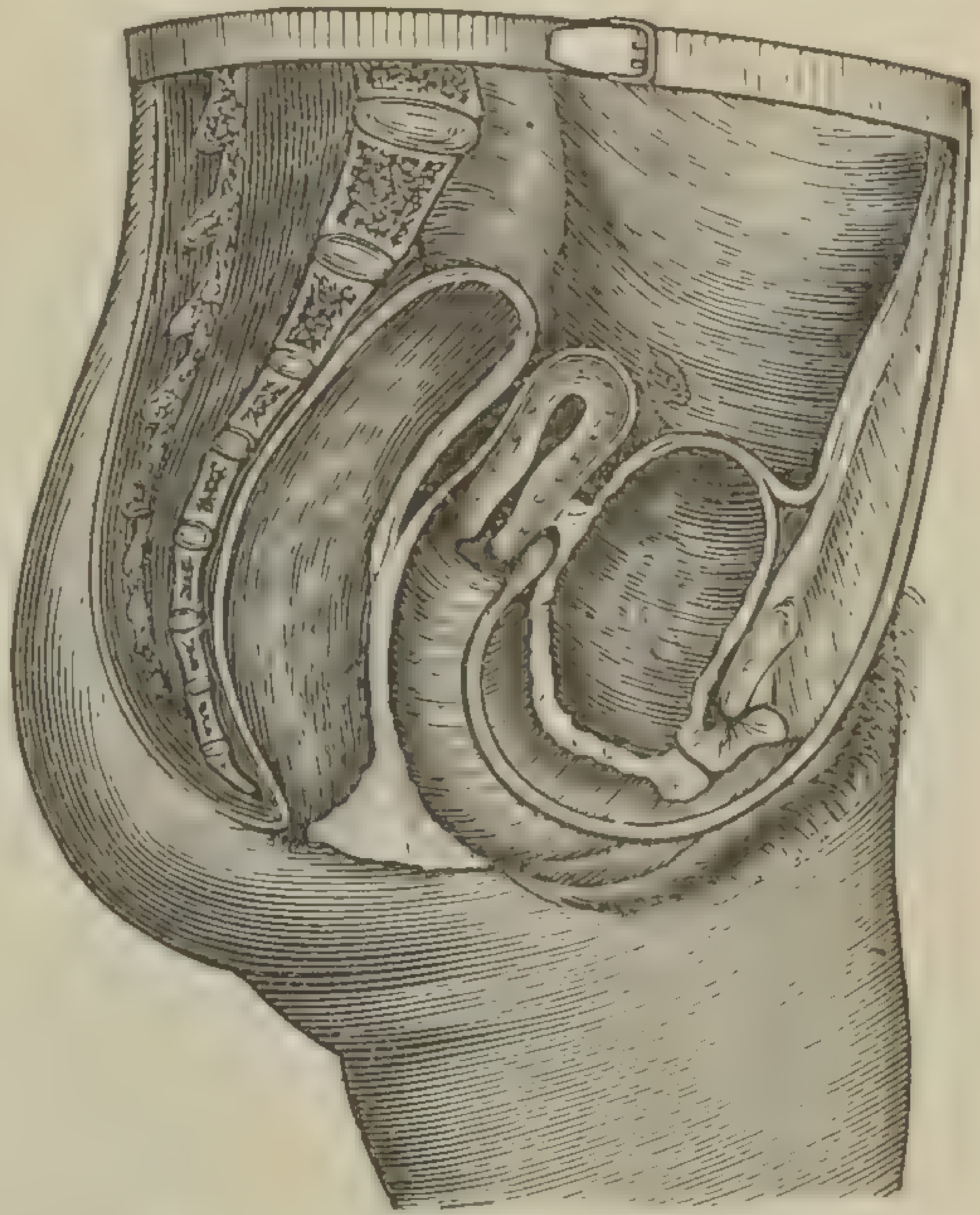


Fig. 102.—Pesario de anteversion sosteniendo el útero.

dedo, no puede aplicarse este último instrumento hasta que el otro le haya preparado el camino.

La Fig. 102 representa un instrumento contentivo casi igual, cuyo tallo sale por la parte anterior de la vagina.

De vez en cuando se observan casos en que no puede tolerarse la pelota dura de estos pesarios, á causa de la escesiva sensibilidad de las partes; en tales circunstancias sustituyen ventajosamente á la pelota unas bolas blandas de esponja muy fina, hasta que repuesto el órgano, y disipada la congestion de esta manera, sea posible tolerar la pelota sólida del instrumento.

La Fig. 103 representa un pesario muy ingenioso recomendado por el Dr. Graily Hewitt; lo he empleado poco; pero reune tantos votos á su favor que no debe silenciarse.

Hay un punto cuya importancia no puedo ponderar demasiado, y es que no conviene depositar esclusiva confianza en ninguno de estos pesarios; su empleo debe ir acompañado del de medios esteriores que aparten toda compresion del fondo del útero; combinacion que da fundamento para esperar con confianza los mas felices resultados de los esfuerzos que se hagan en alivio de un accidente que suele ser tan doloroso.

Antes de concluir, haré una recapitulacion breve de los puntos mas importantes que van enumerados en este capítulo.

1°. No principiar nunca el tratamiento mecánico del útero en anteversion, sin haberse cerciorado de que no existe una flegmasía peri-

uterina; de que los síntomas presentes provienen de la dislocacion; y de que ningun estado morboso que pueda suprimirse por medios médi-

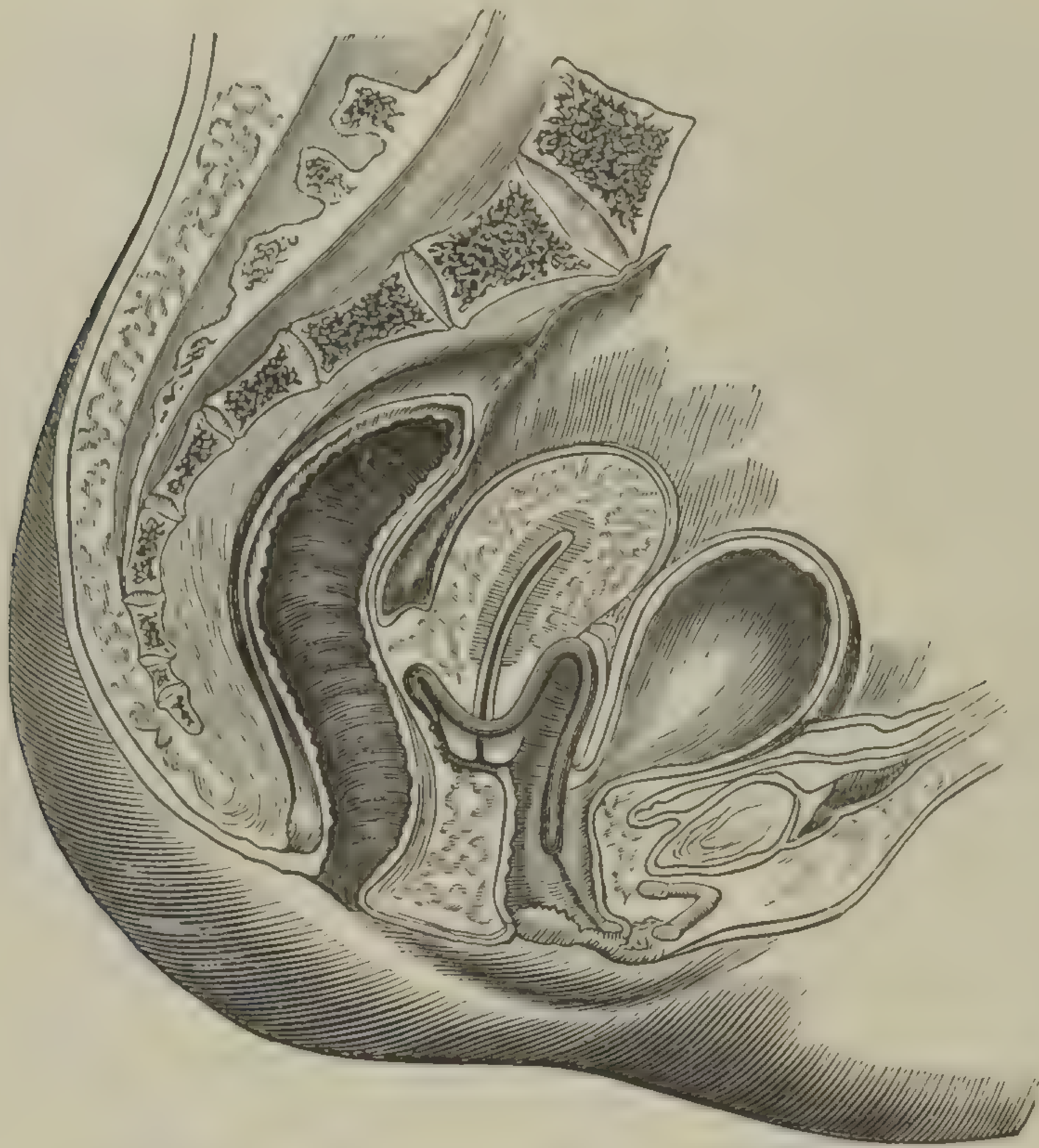


FIG. 103.—Pesario de anteversion de Graily Hewitt.

cos ó quirúrgicos requiere mayor y mas esmerada atencion que el mantener el útero en su lugar.

2°. Antes de emplear el pesario, evacuar bien los intestinos por medio de un purgante, hacer copiosas inyecciones calientes en la vagina, y reponer repetidamente el útero con el repositor, manteniéndolo en estado de retroversion.

3°. No confiar tan sólo en el sosten aplicado por la vagina, sino ayudarlo evitando toda compresion superior, y haciendo uso de la cintura abdominal.

4°. En el tratamiento de la anteversion los pesarios son en estremo preciosos; pero requieren mucha mas habilidad de parte del operador, los acompañan mayores peligros, y pueden necesitar con mas frecuencia cambios de forma, que cuando se los emplea en las retroversiones. La dificultad relativa que se esperimenta en la aplicacion de este medio á una ú otra afeccion, es apénas comparable.

5°. No emplear nunca un pesario de anteversion que la enferma no pueda estraer, á ménos que esta se halle al alcance inmediato del médico; hacer siempre exámenes frecuentes para averiguar si se lastiman las paredes de la vagina; y no perder nunca enteramente de vista á una enferma que use el instrumento.

6°. Cuando no existe delante del cuello una depresion suficiente para el acomodo del pesario interno, formarlo artificialmente haciendo uso del pesario esterno de pelota.

Aunque me he espresado en términos tan enérgicos y reiterados respecto de las dificultades y peligros que acompañan el tratamiento de estos casos, debo añadir, dirigiéndome á los que se hayan desalentado por su mal éxito, que si se me preguntase qué casos de enfermedades uterinas he tratado mas satisfactoriamente, y en cuáles he obtenido mejores resultados para mis enfermas, no vacilaría en contestar—en los de anteversion de la matriz.

En muchos casos de este mal se logra grande alivio elevando simplemente en la pélvis el órgano dislocado, sin rectificar la desviacion anterior; creo que este método es mejor y ménos peligroso, al principio, si no durante todo el tratamiento, para el que carezca de esperiencia en el uso de los pesarios de anteversion, ó no tenga facilidad de proporcionarse buenos instrumentos. El útero puede elevarse por medio del pesario ordinario de anillo, ó del de aire de Gariel, con el empleo simultáneo de la cintura abdominal de placa de madera ó corcho; mas esta no será de ningun provecho si se usa sola, hallándose el fondo del útero detras de la sínfisis pubiana ; pero el alivio que proporciona sorprenderá muchas veces cuando se haya elevado el órgano de manera que su fondo esperimente una compresion directa.

CAPÍTULO XXII.

RETROVERSION DEL ÚTERO.

Definicion y frecuencia.—En la retroversion el útero está inclinado en sentido posterior, de manera que el fondo se dirige hácia el sacro, y el cuello hácia la sínfisis pubiana. No es comun como lesion idiopática

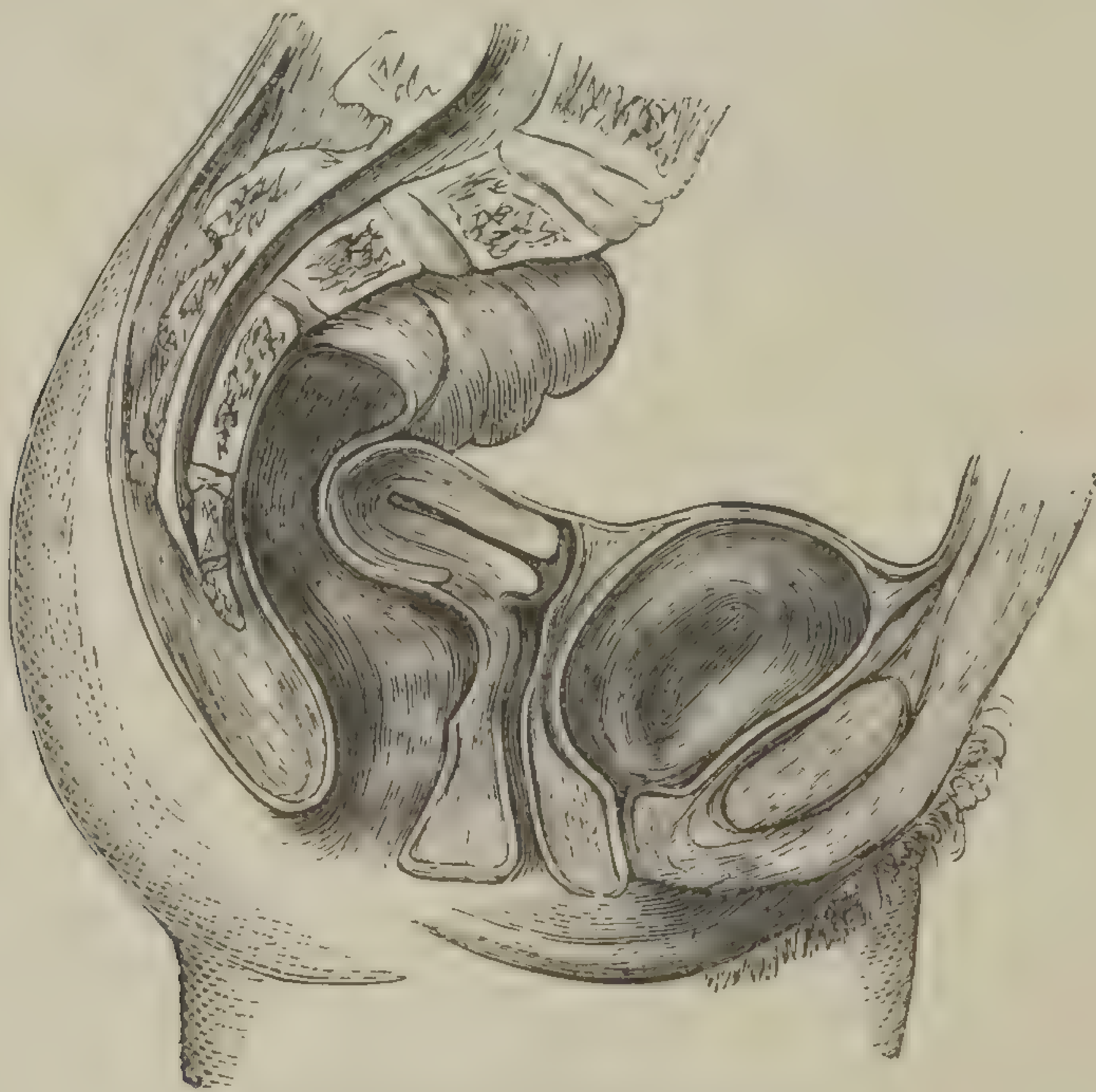


FIG. 104.—Retroversion del útero.

primitiva; pero es con frecuencia sintomática de los neoplasmas, la hiperplasia areolar, y otros estados que aumentan el peso del órgano.

Causas predisponentes.—Son el parto, la debilidad general del sistema muscular, y los hábitos de indolencia é inactividad.

Causas escitantes.—Estas pueden clasificarse como sigue :—

Influencias que aumentan el peso del útero.

Cuerpos fibrosos ;
Subinvolucion ;

Hiperplasia areolar ;
Preñez ;
Congestion.

Influencias que arrastran el útero fuera de su lugar.

Adherencias que resultan de la pelvi-peritonitis, ó de la inflamacion del tejido celular ;
Rectocele ;
Subinvolucion de la vagina ;
Prolapso de la pared vaginal posterior;
Retroflexion.

Influencias que dislocan el útero por compresion directa.

Sacudimientos graves á consecuencia de golpes ó caidas ;
Esfuerzos musculares ;
Plenitud de la vejiga ;
Tumores;
Fajas apretadas despues del parto ;
Vestidos ajustados y pesados.

Influencias que debilitan los medios de fijeza del útero.

Preñez ;
Subinvolucion de la vagina;
Rasgadura del periné ;
Prolapso de la vagina.

El descenso de la vagina á consecuencia de la involucion incompleta, ó rasgadura del periné, y la hiperplasia areolar como estado mas avanzado de la subinvolucion del útero, son las dos causas mas frecuentes entre las que acabamos de enumerar. Las otras suelen observarse, pero son insignificantes comparadas con las dos que hemos mencionado.

La anteversion, como lo hará suponer la oblicuidad anterior que es natural á la matriz, se presenta con frecuencia como afeccion idiopática, resultante de la compresion de las vísceras sobrepuestas, arrojadas sobre el fondo del órgano por los esfuerzos musculares y las ropas demasiado ceñidas. La retroversion, por el contrario, se observa ménos de esta manera, dependiendo generalmente de algun estado patológico del útero ó de sus anejos. Las causas de la tercera categoría mencionada, ó sean aquellas que arrojan el órgano hácia atras por compresion directa, pueden obrar por medio de un sacudimiento violento, dando lugar instantáneamente á la dislocacion acompañada de síntomas muy graves. Tambien dislocan la matriz, aunque gradualmente, la compresion prolongada de un tumor delante ó encima de ella, ó la de la vejiga en estado de plenitud. Un poco de reflexion bastará para esplicar cómo, en el tratamiento de la recien-parida, contribuyen los prácticos á que ocurra el accidente, por lo ménos, los ingleses y americanos. Recuérdese en

primer lugar que el embarazo une en sí dos de las causas que producen esta condicion, á saber: aumento de peso del útero, y relajacion de sus apoyos; y no exageramos al decir que una de las otras causas antedichas nace de los "cuidados" de que es objeto la mujer despues del parto. Muchas enfermeras se empeñan en mantenerla casi constantemente acostada de espaldas, sin permitirle, á veces en muchos dias, la comodidad de volverse de lado; y es muy natural que el fondo pesado de la matriz tienda á caer en la concavidad del sacro. Pero hay mas todavía: la fama de mas de una enfermera, en concepto de muchas señoras, se funda en su habilidad para "conservar la figura" por medio de la faja apretada; y no pocas veces una mujer robusta emplea toda su fuerza en apretar la faja cuanto sea posible, para lograr lo que de ella se espera. A nadie que haya observado el procedimiento le quedará la menor duda de su influencia en dislocar el útero por compresion directa; y nada de lo relativo al parto es objeto de tanta superticion, por decirlo así, como la virtud de la faja obstétrica para "conservar la figura" é impedir la hemorragia. Esto es una repeticion de lo dicho en otro lugar; pero la importancia de la materia me hace creer justificable su recuerdo.

La involucion tardía é incompleta predispone aun mas á la caida posterior del útero; los ligamentos redondos, compuestos de un tejido muscular idéntico al de la matriz, son agentes importantes para impedir la dislocacion; pero es muy probable que participando de la detencion de la metamórfosis retrógrada que se efectúa en el útero, queden alargados y ménos potentes de lo natural. Scanzoni[1] dice que "la hipertrofia de ámbos ligamentos (redondos) acompaña siempre al embarazo normal; miéntras que, segun hemos podido determinar nosotros mismos, en el caso de una matriz bicorne, bífida ó bilocular, sólo estaba hipertrofiado el ligamento que correspondía al lado en que se hallaba la preñez. . . . . Tenemos presente un gran número de casos de mujeres muertas despues de una metritis ó peritonitis puerperal, en que uno ó ámbos ligamentos redondos aparecían notablemente hipertrofiados, presentando un color rojo encendido y una infiltracion serosa."

El estado que se desarrolla en estos ligamentos, disponiéndolos á ceder á la traccion del útero aumentado de peso, no sobreviene sólo como resultado del embarazo; Boivin y Dugès han observado en ellos la hipertrofia y dilatacion de sus vasos, como consecuencia de una ingurgitacion crónica, de cuerpos fibrosos, y hasta de tumores en los ovarios.

Variedades.—La retroversion puede presentarse en grado leve, inclinándose el eje del útero de manera que, con el del estrecho superior, forma un ángulo de 45°; ó bien se inclina hasta los 90°, quedando atravesado en la pélvis; ó el cuello se eleva y el fondo desciende formando

[1] Ob. cit., p. 358.

un ángulo de 135°. Estas variedades constituyen los grados primero, segundo y tercero de retroversion.

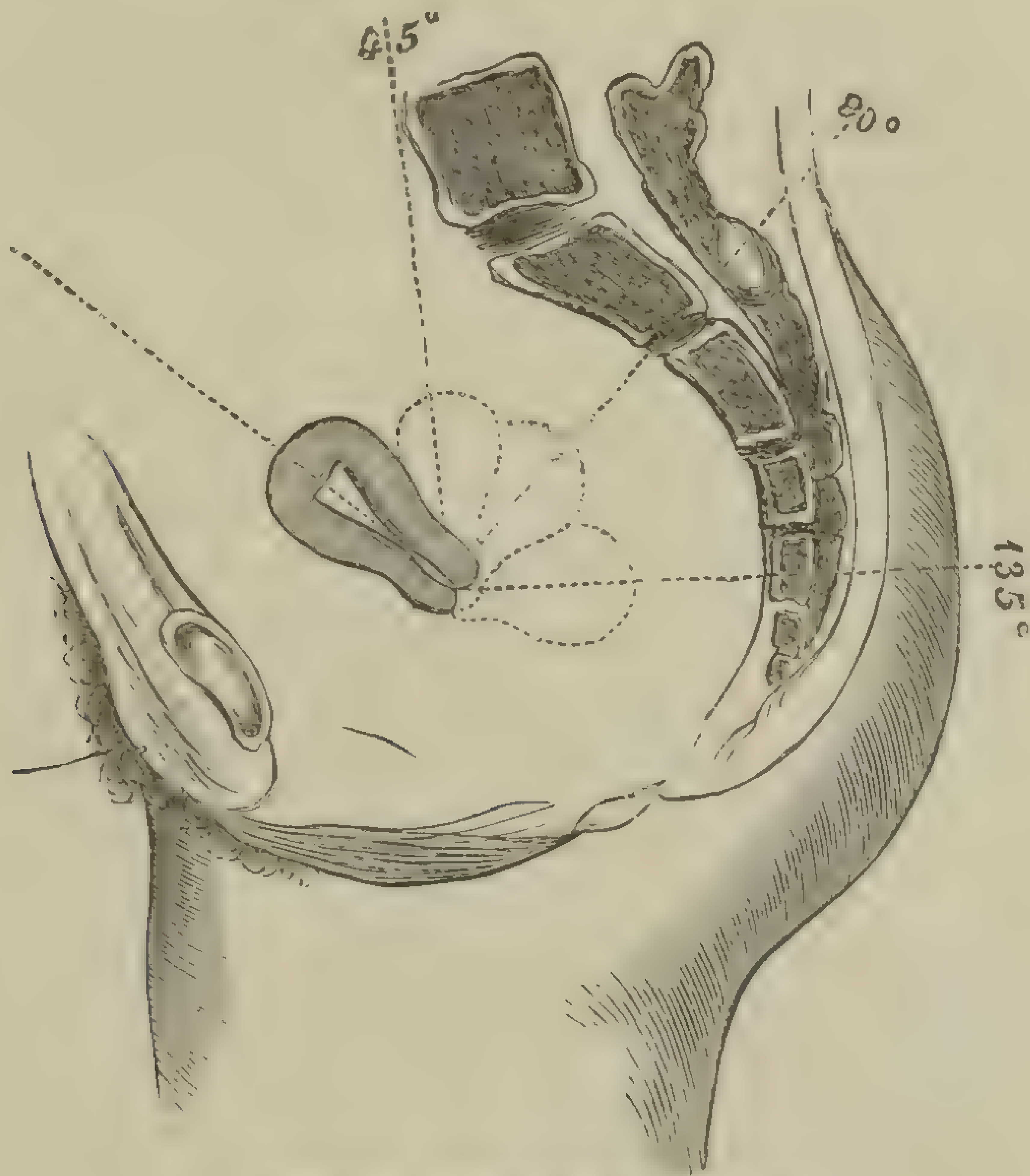


FIG. 105.—Grados de retroversion.

Síntomas.—La retroversion, aunque es muchas veces síntoma, causa perturbaciones que sin ella no se manifestarían ; siendo esta la razon de que sea difícil determinar cuál de los elementos del caso proviene de ella, y cuáles de la afeccion que la produce. Suele existir sin aumentar en nada el catálogo de síntomas, como lo prueba el hecho de no causar ningun alivio la reduccion ; pero por lo regular provoca tenesmo rectal y vesical, y congestion de la membrana mucosa de estas vísceras; un dolor fijo y sordo en la espalda ; incomodidad al andar ; y dolor al defecar. Estos fenómenos, sin embargo, no bastan para establecer el diagnóstico, ni escitan muchas veces sospechas de su existencia. La afeccion se descubre comunmente por el tacto vaginal. Lo que acabamos de decir no se refiere á la retroversion repentina, ocasionada por un sacudimiento, pues entónces los síntomas son graves y bien marcados. La enferma cae y no puede levantarse ; siente un dolor agudísimo en la pélvis ; hay retencion de orina y de materias fecales ; y el padecimiento es á veces tan intenso, que el rostro se baña de sudor, y el pulso se vuelve débil é irregular.

Signos físicos.—El dedo en la vagina descubre la ausencia del cuello uterino de su lugar ordinario, y lo encuentra cerca de la sínfisis pubiana. Pasando el dedo hácia atras, en direccion al sacro, se nota una eminencia dura que termina en una masa redonda y resistente que descansa contra el recto. El tamaño, la redondez, y los caractéres

distintivos de esta, dependen del grado de dislocacion; en el primer grado se percibe una línea resistente, sin tumor; en el segundo, un tumor ligeramente globuloso; y en el tercero, la forma característica del fondo del órgano. El tacto rectal, el estilete uterino, y la palpacion combinada con el tacto vaginal, disiparán toda duda respecto de la naturaleza del tumor que se toca con el dedo que está en la vagina.

Diagnóstico diferencial.—Esta afeccion puede confundirse con un tumor fibroso de la pared posterior de la matriz, ó con los resultados de una flegmasía del peritoneo, ó del tejido celular; pero toda duda se desvanece comunmente al punto con la palpacion abdominal combinada con el tacto vaginal y la introduccion del estilete uterino, y observando con cuidado la direccion que toma el eje del órgano, segun lo demuestra la situacion del cuello. El tacto vaginal, á ménos que el caso sea en estremo simple, no es base segura de diagnóstico; y debemos traer en nuestra ayuda la palpacion combinada con el tacto vaginal y el estilete uterino.

Pronóstico.—Este es grave cuando el útero está sujetado por adherencias fuertes; cuando su parénquima es asiento de un tumor fibroso; y cuando la vagina se une al hocico de tenca tan cerca de su orificio esterno, que es imposible colocar un pesario detras del cuello para sostener el útero despues de repuesto. Cuando la union de la vagina y la matriz se presenta de esta manera, el pronóstico, en cuanto á la curacion de las dislocaciones en sentido anterior y posterior, es muy grave.

Resultados.—La retroversion puede engendrar las perturbaciones siguientes:—

Congestion;
Hiperplasia areolar;
Dismenorrea;
Esterilidad;
Cistitis;
Rectitis.

Tratamiento de las dislocaciones en sentido posterior en que predomina la version.—La primera indicacion es la reduccion del útero; la segunda, impedir que se disloque de nuevo.

Métodos de reduccion.—En un caso ordinario en que no hay enclavamiento del útero, se colocará la enferma sobre el lado izquierdo, como para el exámen ordinario con el spéculum de Sims. El operador se pone detras de ella, y habiéndose untado bien los dedos índice y del medio de la mano derecha, con un cuerpo graso, los introduce en la vagina y lleva hasta el fondo del órgano, vueltas las superficies palmares hácia el recto. En seguida eleva el útero hasta enderezarlo, con la cara interna de los dedos, y con el dorso de estos, que será verdaderamente la superficie esterna de las uñas, lo empuja hasta colocarlo en su

posicion normal. Puedo recomendar el ensayo de este método, exactamente segun lo he descrito, respondiendo de su eficacia.

Pero sucede á veces que no puede reducirse el útero sino por los medios mas potentes, y entónces, evacuados ántes el recto y la vejiga, y aflojado el vestido, se pone la mujer de rodillas sobre una superficie dura, con el esternon en contacto tan próximo como sea posible con dicha superficie; el médico, despues de untarse dos dedos de la mano derecha, los introduce en la vagina y los coloca contra el fondo del útero; hecho esto, previene á la enferma que llene los pulmones de aire y lo espela en seguida completamente; y miéntras ella ejecuta lo último, el operador eleva el fondo con fuerza y lo repone en su lugar. Si no se logra la reduccion por este medio, se elevan aun mas las nalgas, colocando cojines debajo de las rodillas, y se repite el procedimiento, introduciendo esta vez los dos dedos en el recto.

Si nada se consigue con estos métodos poderosos y generalmente eficaces, no debe recurrirse á esfuerzos para enderezar el órgano con instrumentos introducidos en su cavidad; pues si obrasen con ménos fuerza, resultarían inútiles, y si con más, podrían penetrar en el útero causando una peritonitis. Además, cuando algun caso opone resistencia á los esfuerzos mencionados, se descubrirá generalmente que la dificultad proviene de adherencias que fijan el órgano en su posicion anormal. Para tales circunstancias recomienda Kuchenmeister,[1] cuya esperiencia en estos casos debe respetarse, la introduccion diaria en la vagina del *colpeurynter* lleno de agua, reteniéndolo tanto tiempo como pueda soportarlo la enferma. Muchas veces se consigue sin peligro, con la compresion hidrostática continuada, lo que no podría lograrse con la fuerza repentina sin riesgo para la enferma.

El repositor de Sims es un instrumento muy útil para la reduccion, y debe empleársele en los casos que requieran un grado de fuerza mucho menor. Se compone, segun se ve en la Fig. 106, de una sonda metá-

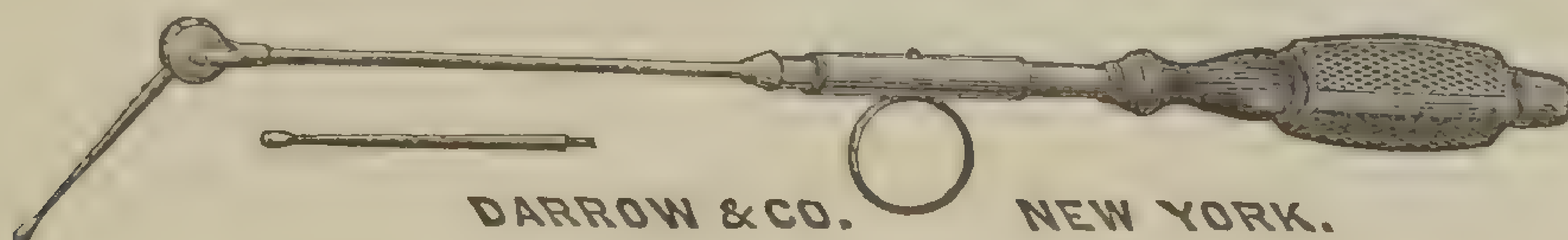


FIG. 106.—Repositor uterino de Sims.

lica pequeña que termina en una bola en que están abiertos siete agujeros, y que está unida á un tallo recto por medio de un eje sobre el cual se mueve. El tallo contiene en su interior una varilla que empuja un resorte oculto manejado por el dedo que entra en el anillo. Tirando de este hácia atras, y bajando el mango del instrumento, se retira la varilla, lo cual hace girar la bola de manera que la sonda describe un semi-círculo.

[1] Am. Journ. Med. Sci., julio, 1870, p. 275.

La sonda uterina se emplea mas frecuentemente con este objeto. Una vez introducida hasta el fondo, el operador, sosteniendo el mango del instrumento con la mano izquierda, oprime cerca del medio el tallo con los dedos de la derecha ; y convirtiendo de este modo en palanca la sonda, y en punto de apoyo la mano izquierda, empuja el mango suavemente hácia el periné. Esta maniobra eleva y en parte repone el útero ; y haciendo en seguida girar con suavidad el estremo de la sonda, se trae el órgano al estado de anteversion.

En la mayor parte de los casos la reduccion del órgano es enteramente practicable por medio de la palpacion combinada con el tacto vaginal, ó la táxis rectal ; ó bien comprimiendo el *fornix vaginæ* con una esponja fija en un mango.

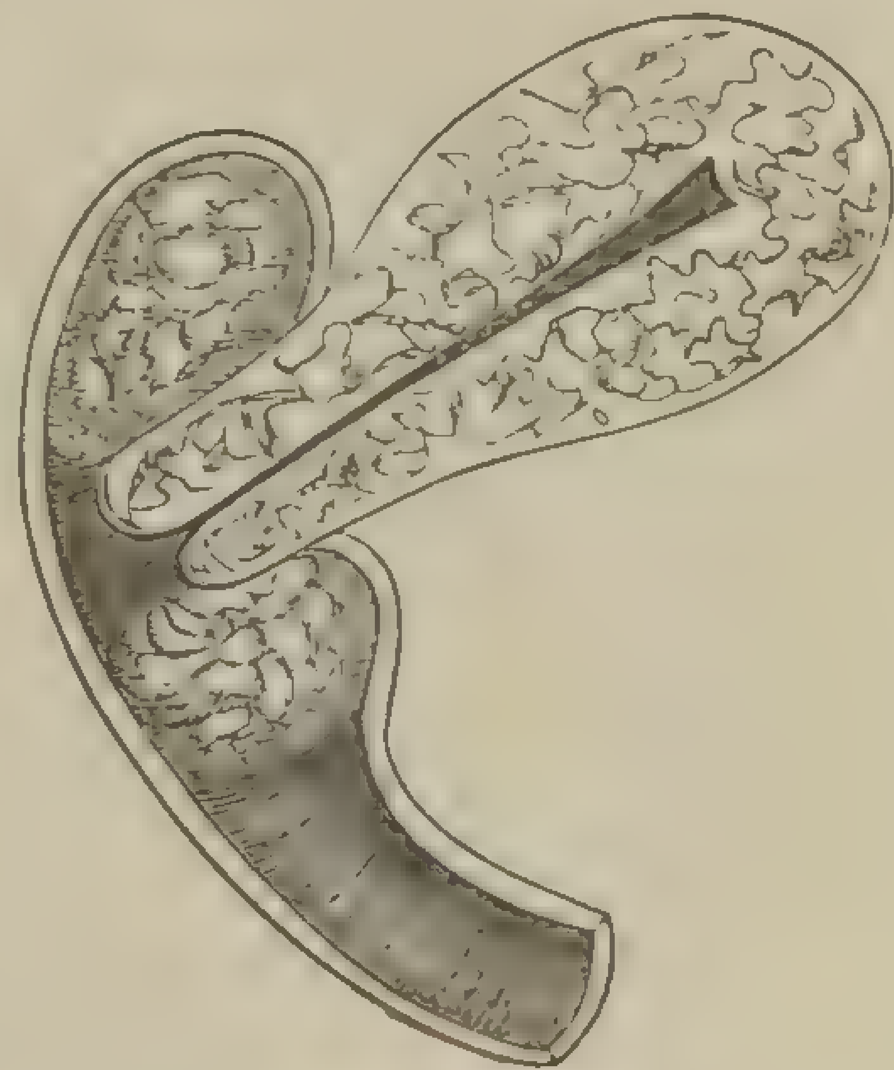
Lógrase muchas veces buen resultado introduciendo en el recto una esponja montada en su porta-esponja, y otra en la vagina, para comprimir el fondo, segun el método adoptado por el Dr. Bond, de Filadelfia, en su ingenioso repositor, que se verá representado en el tratado de Obstetricia del Profesor Meigs. Al reducir un útero que haya adquirido esta ú otra cualquiera posicion anormal, se debe siempre tener muy presente, que un trabajo inflamatorio puede haber causado una exudacion de linfa alrededor del órgano, que impide su movilidad, y que el desgarro violento de estas adherencias puede provocar una inflamacion del peritoneo ó del tejido celular.

Métodos para mantener el útero en su posicion.—La cuestion que se presenta despues de reducido el órgano, no es, cómo ha de mantenérsele en su posicion normal, sino si tal retencion es prudente, practicable, y sin peligros ; y si los síntomas que afectan á la enferma provienen particularmente de la dislocacion, ó es esta simplemente indicio de la existencia de una enfermedad que hace peligroso el tratamiento mecánico del vicio de posicion. En semejantes circunstancias debe desecharse el tratamiento local, si hay, por ejemplo, peritonitis pelviana ; sin embargo, aun cuando exista una afeccion uterina de carácter subagudo ó crónico, y se considere que la dislocacion lo agrava, ó aumenta el malestar de la enferma, se debe, como regla, hacer un esfuerzo para vencerla por medios locales. Los recursos de que nos valemos para lograr este objeto son :—

Decúbito abdominal;
Taponamiento;
Cintura abdominal;
Pesarios;
Perineorrafia;
Elitrorrafia.

Para demostrar por estenso el método que conviene seguir en un caso crónico de este mal, supongamos que se trata de un caso de naturaleza rebelde, en que el grado de sensibilidad alrededor del útero

hace intolerable la presion de un pesario bastante potente para contener el órgano. Aquí, como en la anteversion, es indispensable adoptar ciertas medidas preparatorias ántes de introducir el pesario; las cuales consisten en evacuar los intestinos, inyectar en la vagina agua caliente por la mañana y por la noche, quitar del vientre todo peso, haciendo uso del suspensor de faldas y de la cintura abdominal, y ordenando la abstencion de esfuerzos musculares; y durante una semana, ó tal vez mas, reducir el útero cada dos dias, manteniéndolo por dos ó tres minutos en estado de completa anteversion. Despues de haber empleado, durante una semana, estos esfuerzos preparatorios para el apoyo permanente del órgano dislocado, se aplica un tapon de algodon fenicado, ó una esponja empapada en glicerina, lo que se ejecuta como sigue. Manteniendo la matriz en anteversion completa por medio del repositor, ó de la sonda, se introduce tan á lo alto de la vagina como sea posible, de modo que venga á quedar detras del cuello, un rollo de algodon ó una esponja fina del tamaño de un huevo de gallina y empapada en un glicerolado de ácido fénico. En seguida se estrae la sonda y se coloca un tapon grande de algodon debajo y algo hácia adelante del cuello, (y no detras, como se hizo con el primero,) de manera que eleve esta parte hácia la concavidad del sacro y contra el otro rollo de algodon, que ahora queda oculto en el fondo de la vagina. El tapon colocado debajo del hocico de tenca, no sólo empuja hácia atras el cuello que, ántes de ser introducido aquel, se hallaba cerca de la sínfisis, sino que eleva tambien el que se colocó en lo alto del cuello, el cual levanta cada vez mas el fondo del órgano, hasta que este, libre de toda compresion superior, y auxiliado por el decúbito abdominal que habrá mantenido la enferma, cae hácia adelante por su propio peso. La Fig. 107 esplica la accion de los dos tapones cuando se aplican *cual corresponde*; pero si en vez de colocarlos del modo indicado, se emplea el tapon ordinario que ocupa la parte inferior de la vagina, no se logrará mas que elevar el órgano retrovertido, miéntras que lo que realmente se desea es producir la anteversion. Una vez introducido el rollo sub-cervical, como se ve en la lámina, se tapona la vagina con algodon, para mantenerlo en su lugar, y para elevar el útero y traer en nuestro auxilio la gravitacion, á fin de echar el cuerpo hácia adelante. En el tratamiento de esta lesion, no es el decúbito dorsal, á mi modo de ver, un recurso valioso, sino un agente auxiliar de otros medios que directamente rectifican el eje de la matriz. Posee, cuando se ha elevado el órgano en retroversion, cierto grado de eficacia como auxiliar, de que carece miéntras existe la dislocacion. El tapon puede, sin inconveniente, retenerse cuarenta y ocho horas, si se


Fig. 107.

ha hecho bien antiséptico el material que lo compone; y como la importancia de esto es incalculable, describiré en seguida el modo de preparar el algodon.

Una cantidad grande de algodon fino se mantiene sumergida en una disolucion saturada de bicarbonato de sosa, durante tres ó cuatro dias; al cabo de los cuales se saca y se seca bien al sol. Antes de usarlo se empapa la cantidad que se requiera en una disolucion de 2 gramos de ácido fénico cristalizado en un litro de agua; luego se esprime, se empapa en glicerina, se esprime otra vez ligeramente, y se introduce. Preparado de esta manera el tapon, además de poseer propiedades antisépticas, es un recurso escelente para tratar la vaginitis crónica, y aun subaguda; siendo en estremo beneficiosos sus efectos en la llamada úlcera del cuello.

La enferma puede dedicarse á sus quehaceres ordinarios miéntras se prosigue en este tratamiento; aunque sería mejor que guardase el decúbito abdominal, si le fuese posible.

Cuando la enferma reside fuera de la ciudad, ó no le permiten sus medios someterse al tratamiento que acabamos de indicar, puede sustituirse este con otro muy eficaz y ménos incómodo para ella y su facultativo, y el cual consiste en introducir y dejar permanente un pesario de esponja, despues de haber puesto el útero en anteversion por medio del repositor, ó de los dedos introducidos en la vagina, colocada la mujer en el decúbito lateral izquierdo. El pesario de esponja es simplemente el de Cutter, (Fig. 111,) cuya pelota ha sido sustituida por una esponja suave del tamaño de un huevo de gallina, y la cual se acomoda en el fondo de saco de la vagina. La correa dorsal elástica le da un empuje continuo hácia arriba contra el útero, y el instrumento mantiene firme, aunque suavemente, el órgano en su posicion normal. Este es un medio tan valioso en casos como los que acabamos de indicar, y en aquellos en que la retroversion se manifiesta rebelde, en términos de reproducirse á pesar del pesario introducido completamente en la vagina, que recomiendo su uso para todo caso difícil. Con él me ha sido posible vencer muchos que habían resistido á todos los demas medios mecánicos de tratamiento; y estoy seguro de que no dejará de producir iguales resultados en manos de otros. Escusado es advertir que sólo sirve de método temporal y preparatorio; pues la esponja es una sustancia que no conviene dejar mucho tiempo en la vagina; y cuando se emplea de esta manera, se debe estraer, lavar, é introducir de nuevo cada doce horas.

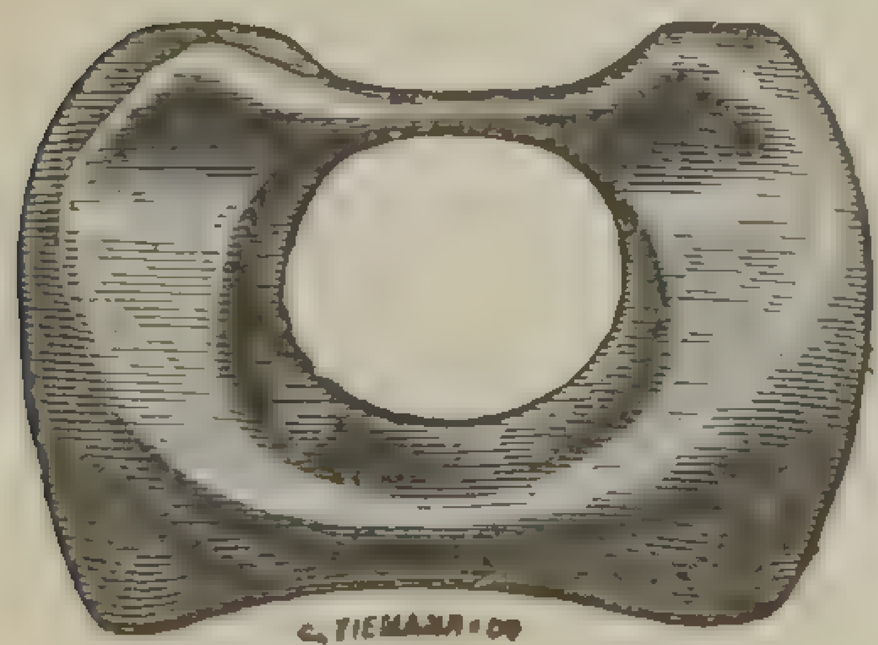


FIG. 108.—Pesario de goma elástica, inflado, de Hoffman.

Los pesarios de Hurd, ó Hoffman, pueden emplearse tambien interinamente y como medio preparatorio, con objeto de elevar suavemente el fondo del órgano por medio de un cuerpo obtuso introducido

en el fondo de saco vaginal. Estos instrumentos deben vigilarse, porque suelen aprisionar el cuello del útero; y se han de conservar muy limpios, haciendo uso frecuente de copiosas duchas vaginales.

La continuacion por espacio de dos ó tres semanas de los métodos que llevo descritos, hará que aun los casos mas rebeldes toleren, al cabo de este tiempo, un pesario permanente bien ajustado; pero si no sucediere así, se continuará en el uso del tapon medicamentoso ó del pesario de esponja hasta llegar á producir la tolerancia necesaria.

El siguiente hecho es importante con relacion á este método de reducir el útero. Los ligamentos redondos se fijan en los ángulos del órgano, y en la vulva; si se abandona á sí misma la matriz en retroversion ó retroflexion, empujándola simplemente hácia arriba, es inevitable que los ligamentos se alarguen perpetuando la dislocacion; pero si, al contrario, se arroja el cuerpo hácia adelante, manteniéndolo así inclinado hasta que se eleve el órgano, los ligamentos, poniéndose tirantes, tienden á remediar las desviaciones posteriores. Un poco de reflexion bastará al lector para convencerse de la verdad de este aserto. De esta accion de los ligamentos redondos depende en parte el provecho que se alcanza con el método de que estoy tratando.

No debe suponerse que sea mi objeto principiar de este modo el tratamiento de todo caso de retroversion; pues de intento he comenzado las observaciones que anteceden suponiendo que tuviésemos entre manos un caso grave é intolerante de apoyo mecánico. La mayor parte de los casos permiten desde luego el uso de un pesario de retroversion, sin requerir tratamiento preparatorio; pero, con todo, hay muchos que lo exigen y en que es aventurado y aun peligroso echar mano inmediatamente del sosten artificial. Algunos supondrán que el tratamiento preparatorio roba mucho tiempo, sin ser absolutamente indispensable para el alivio del caso; pero si no fuere necesario, no debe recurrirse á él, y si lo es, con su adopcion se ganará en vez de perder tiempo. Yo recomendaría con empeño, que cuando fuese molesto el pesario mas cuidadosamente adaptado, se dedicase un mes al método preparatorio que he descrito; recurriendo de nuevo al pesario al cabo de este tiempo. Así se observará que muchos casos, ántes rebeldes, ceden al tratamiento mecánico, y con mucha mas seguridad si se ponen en práctica los medios recomendados para evitar la presion de arriba sobre el fondo del órgano. Al tratamiento cauteloso, perseverante y filosófico de estos casos se deben algunos de los resultados mas satisfactorios de la ginecología; pero no se crea que todo esto puede lograrse llenando descuidadamente las indicaciones que se han presentado; pues si el método que vengo recomendando se emplea de un modo brusco y sin inteligencia, producirá mas daño que provecho, mas molestia que alivio.

Supongamos ahora que se haya determinado ensayar un pesario de retroversion, ¿á cuál de ellos se debe dar la preferencia? Sólo recomiendo tres, si bien mencionaré muchos mas. Ya se observará que prefiero una modificacion del pesario del Profesor Hodge, al instrumento primitivo; lo cual no obsta para que convenga en que á este práctico, mas que á nadie, debe la ginecología el método científico de apoyar el útero retrovertido. Todos los pesarios de palanca que se usan en la actualidad, son modificaciones del precioso y original que él ideó, y obran con arreglo al principio por él establecido.

La regla con respecto á otras invenciones mecánicas no ha faltado aquí, y vemos que trabajos posteriores, fundados en el pensamiento primitivo, han perfeccionado su aplicacion; habiendo hoy dia muchísimos pesarios de retroversion tan superiores al modelo del Profesor Hodge, como hay armas de fuego de repeticion que superan la idea primitiva de Colt.



Fig. 109.—Pesario cerrado de palanca, de Hodge.

En los casos de retroversion era mi costumbre emplear por regla general el pesario de Hodge, de que siempre tenía á mano un buen repuesto, y de las otras variedades sólo hacía uso una que otra vez; hasta que, cuatro años ha, mi amigo el difunto Dr. James L. Brown me habló de la gran superioridad del instrumento modificado por el Dr. Albert Smith, de Filadelfia, recomendándome que lo probase; y desde entónces empleo esta modificacion del pesario casi sin excepcion, con preferencia al instrumento de Hodge, como lo han hecho tambien muchos prácticos que conozco. Este pesario, que se ve en la Fig. 110, es mas largo, angosto y puntiagudo en su estremidad púbica que el de Hodge; y miéntras que el último descansa contra las ramas del púbis, el de Smith queda colocado entre ellas.

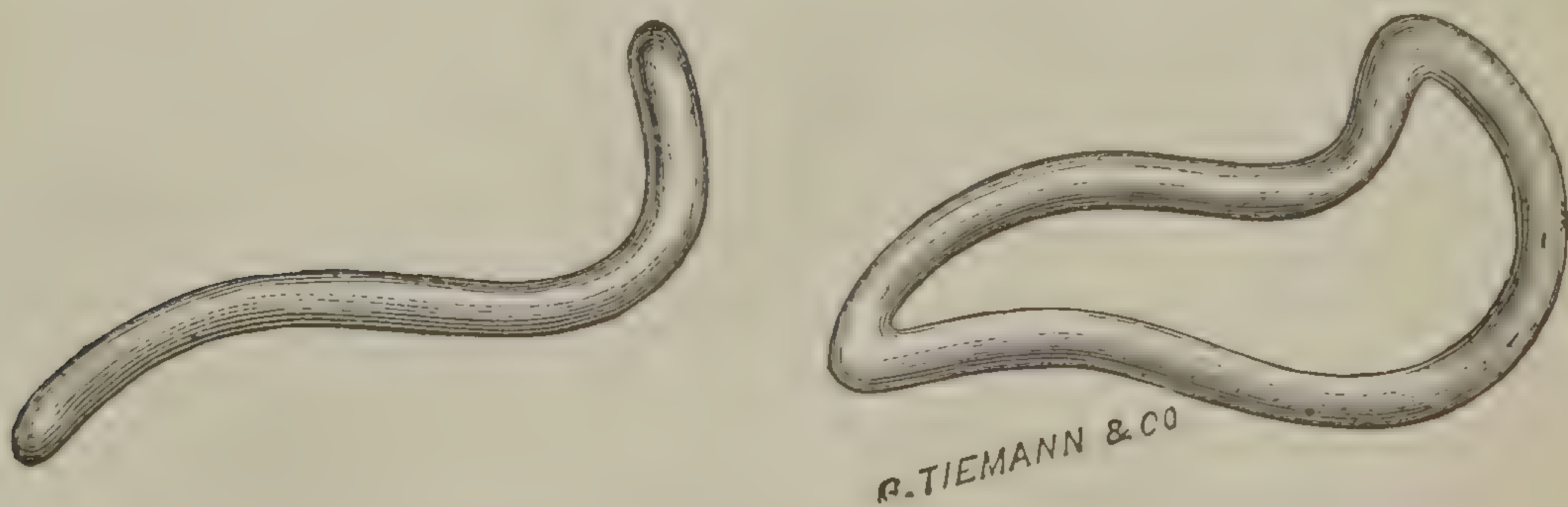


Fig. 110.—Pesario de Albert Smith.

Este pesario, que es el que comunmente empleo primero en las retroversiones, suele no ser útil, por hallarse el útero tan pesado y gravitar

con tanta fuerza que ó bien arroja el pesario de tamaño ordinario fuera de la vagina, ó bien lo disloca de manera que deja de oponer resistencia al descenso del fondo. Esto podría evitarse empleando un instrumento mas grande; pero la vagina no lo toleraría, y la compresion y distension del canal produciría dolor y ulceracion. En otros términos: sin una base firme, el útero arroja el instrumento fuera de su lugar; y con una base que baste á resistir el empuje del órgano, el resultado es la ulceracion por esceso de compresion.

En algunos casos es tal el grado de compresion que ejerce el útero dislocado, que no hay medio puramente interno de apoyarlo; pues á pesar del mayor cuidado y vigilancia, el estremo púbico ó uterino del pesario causa ulceracion en el punto en que descansa. En tales circunstancias he conseguido los mejores resultados haciendo uso de una modificacion del pesario de retroversion de Cutter, ideada con objeto de corregir un defecto de este apreciable instrumento, que es el de entrarse en los tejidos de la vagina. El pesario de Cutter es muy útil cuando es poca la presion que ha de resistir; pero cuando esta es escesiva, la punta del instrumento pone en peligro la continuidad del tejido en que descansa. Para obviar este inconveniente, he fijado en el estremo del pesario pelotas de varios tamaños, (algunas del volúmen de una nuez,) pues el objeto es no sólo evitar el herir la vagina, sino colocar detras del fondo en retroversion un obstáculo que determine su inclinacion hácia adelante, por *dislocacion*, y no por compresion. Es insignificante la modificacion que yo he introducido en este instrumento, mereciendo toda la gloria el Dr. Cutter, á quien agradezco personalmente el haberme

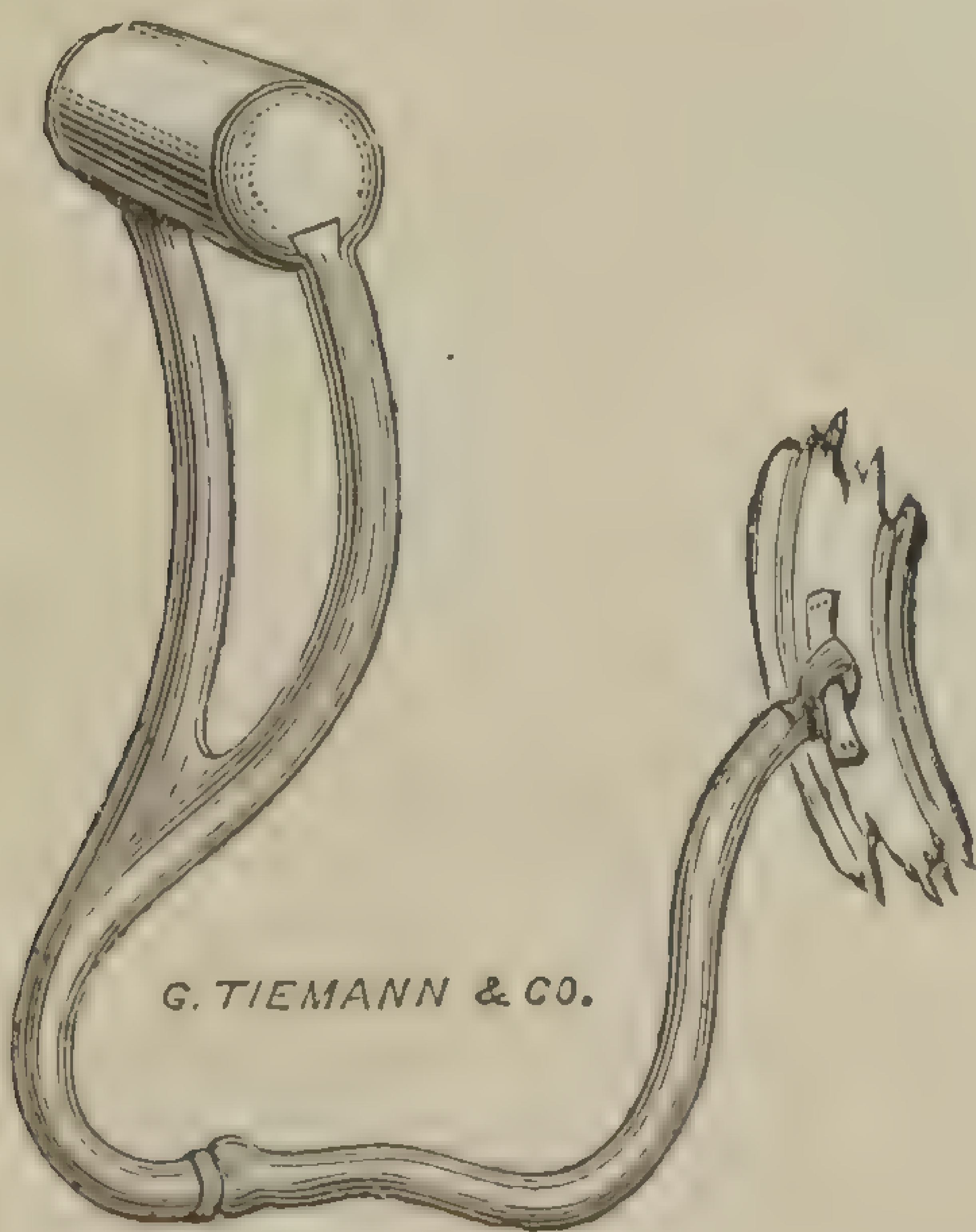


Fig. 111.—Pesario de Cutter modificado.



Fig. 112.—Pesario de Cutter.

proporcionado un medio tan sencillo como precioso de combatir las dificultades que presentan los casos graves de retroversion. Si no me lo

impidiese la falta de espacio, citaría algunos casos muy graves de esta afeccion que cedieron fácilmente al uso del pesario de la Fig. 111, despues de resistir por muchos años al tratamiento con pesarios comunes. La estremidad inferior del instrumento pasa hácia atras por encima del cóccis, uniéndose á una cuerda elástica que continúa hácia arriba por encima del sacro, y termina en un cinturon que rodea el cuerpo. Este método de sostener el útero es eficaz y no causa dolor; cualidades que lo harán altamente favorito para las dislocaciones en sentido posterior; y es particularmente útil en las que son producidas por el prolapso de la pared vaginal posterior, proveniente de la rasgadura del periné ú otra causa. Cuando se aplica en las dislocaciones en sentido posterior, la parte mas elevada del instrumento viene á quedar en el fondo de la vagina, sin que el cuello, por supuesto, se engaste en la abertura del pesario.

El instrumento se debe quitar por la noche é introducir de nuevo por la mañana; y no se crea que esto será difícil para la enferma, pues lo he empleado en centenares de casos, sin observar en uno solo semejante inconveniente. Sucede á menudo que el pesario se hace molesto á la paciente, por producir la escoriacion del periné; pero esto se remedia con facilidad y un poco de paciencia, cubriendo con hilas untadas de grasa las partes del instrumento que lastimen, ó bien dejando de hacer uso de este hasta que se halle sano el punto irritado.

Estos son los instrumentos que puedo recomendar para la retroversion de la matriz; aunque se conocen otros que son muchas veces de grande utilidad. Cuando el peso que se ha de sostener es ligero, no hay inconveniente en hacer uso del pesario de Hewitt; pero si es de alguna gravedad, no sólo será este instrumento enteramente inútil, sino peligroso; pues descansando en las partes blandas que cubren la sínfisis pubiana, puede, segun he observado, cortarlas y meterse en ellas.



FIG. 113.—Pesario de Hewitt.

Un anillo elástico ordinario, como el del Profesor Meigs, suele ser muy útil cuando el útero dislocado ejerce muy poca presion, y á la retroversion acompaña un descenso notable. Los Sres. Tiemann y Ca. han modificado recientemente el pesario de anillo de Meigs, construyéndolo de una varilla fina de ballena, cubierta con caucho; lo que lo hace tan elástico que toma la forma necesaria en la pélvis, siendo sumamente cómodo para las enfermas cuya sensibilidad no les permite soportar un instrumento ménos flexible. Al que no tenga esperiencia en el uso de los pesarios, podrá seducirlo la sencillez y elasticidad de este, haciéndole suponer que no tiene nada de perjudicial;

creencia que vendría á ser del todo ilusoria, pues aun los mas flexibles, cuando son algo grandes, cortan las paredes de la vagina ; y aun pueden producir este resultado con mas facilidad que cualquiera de los otros pesarios.

El efecto de todos los instrumentos hasta ahora mencionados es empujar hácia arriba el fondo del órgano, llevando con esto el hocico de tenca hácia atras á la parte superior de la vagina. Spiegelberg, además de esto, ha recomendado el método de empujar al mismo tiempo el cuello hácia atras, y hácia arriba, enganchándolo en un anillo situado en el estremo de un pesario de retroversion. Esto produce muy buenos resultados en algunos casos, y se efectúa con mucha sencillez con sólo ajustar una varilla á traves de la estremidad superior de uno de los pesarios de retroversion á que acabamos de aludir.

Si á consecuencia de la rasgadura del periné, necesita apoyo la pared posterior de la vagina, puede convenir mucho la perinorrafia; operacion que impedirá la caida de la pared posterior vaginal y el consecuente tirar del útero ; y si no bastare este procedimiento, podrá recurrirse á la elitrorrafia posterior, con las mas lisongeras esperanzas de curacion.

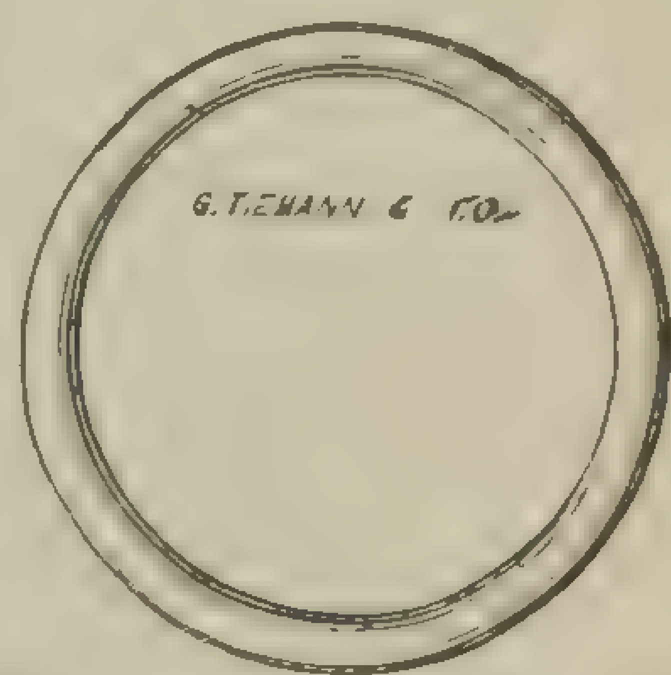


Fig. 114. — Pesario de anillo de Meigs.

Despues de introducido un pesario, se averiguará la posicion en que se halla el cuerpo de la matriz, á favor de la sonda, ó de la palpacion combinada con el tacto vaginal ó de ámbos recursos sucesivamente, con objeto de determinar si el instrumento es ó no eficaz. Si no lo fuere, es imperfecto, pues lo que se desea no es introducir el pesario, como asunto de rutina, sino rectificar el vicio de posicion. Cuando se vea otra vez á la enferma, y en cada visita sucesiva, se debe repetir el exámen ántes de sacar el instrumento, á fin de observar el efecto que el tiempo y el movimiento hayan producido en la posicion del útero.

Creo que este lugar es el mas á propósito para hacer algunas observaciones generales acerca del uso de los pesarios uterinos. Como medios paliativos y curativos, estos instrumentos ocupan un lugar importante entre los aparatos quirúrgicos ; y á semejanza de todos los demas medios mecánicos, eficaces para el bien, son capaces de causar mucho daño. Si en la actualidad se me preguntase si los considero mas beneficiosos que perjudiciales, confieso que mi respuesta sería necesariamente dudosa ; si bien creo que deben atribuirse sus resultados nocivos, no á los instrumentos mismos, sino muchas veces al modo impropio de hacer uso de ellos, y al descuido con que los dejan *in sitû* sin vigilarlos. Si á un hueso fracturado se aplicase un apósito cualquiera, y no se volviese á examinarlo hasta despues de haberse completado la reunion de los fragmentos, claro es que pronto empezaría á ponerse en duda la efi-

cacia de estos medios de curacion. Los pesarios exigen una vigilancia solícita, pues suelen originar inflamacion del peritoneo ó del tejido celular y fístulas vesicales, rectales, y vésico-vaginales; y aun se han observado casos en que salieron completamente de la vagina penetrando en el recto ó la vejiga. No hace muchos años que fué admitido en *Bellevue Hospital*, y en la sala del Profesor Sayre, un caso que presentaba síntomas uterinos muy oscuros; y habiendo indicado el exámen la presencia en el útero de un cuerpo estraño, el Dr. Sayre dilató la cavidad del cuello y estrajo un pesario globular que, habiendo pasado de la vagina al útero, había sido retenido en lo interior de este durante algun tiempo.

El pesario de que se haga uso ha de sostener el órgano dislocado sin producir dolor ni incomodidad; y debe estraerse al punto si acarrea molestia; pues de lo contrario podría desarrollarse una flegmasía violenta del tejido celular. Miéntras permanece en la vagina, se observará el mas escrupuloso aseo, haciendo inyecciones diarias en este conducto; y cada dos meses por lo ménos se ha de sacar, examinar y volver á introducir el instrumento.

Dos inconvenientes ofrece el uso de los pesarios en la práctica ordinaria: uno de ellos proviene, sin duda, de que sin mucha esperiencia en su manejo no hay seguridad de buen éxito; y el otro, de no poseer el médico sino corto número en que poder elegir. El que acostumbre hacer uso de estos instrumentos debe tener á su disposicion un repuesto grande y variado, y poseer bastante habilidad mecánica para amoldarlos y adaptarlos á las exigencias especiales del caso que se presente. Al pesario de goma vulcanizada se le puede dar cualquiera forma despues de calentarlo; y el anillo de estaño de Sims se amolda fácilmente con los dedos.

No sé que el perjuicio causado por un pesario haya dado márgen nunca á un procedimiento judicial contra el facultativo; pero no es difícil concebir que esto suceda. Todo práctico debe tener presente que la lastimadura ocasionada por un pesario no indica ignorancia de parte del que lo introdujo. Cuando se aparta, como es frecuente, de su posicion en la pélvis un pesario, que habiendo penetrado en los tejidos ha dejado un trayecto ulceroso de bordes irregulares, es muy fácil suponer, sin reflexion, que no se aplicó bien el instrumento; pero esto está muy léjos de suceder siempre; y yo he quitado pesarios, en semejantes circunstancias, que habían sido introducidos por ginecólogos los mas hábiles. Nada estraño es encontrar completamente invertido, al cabo de una semana, un pesario que fué introducido con el mayor esmero: los cambios de posicion, y evoluciones migratorias del pesario vaginal, son en verdad maravillosos. Conocidos y confesados estos hechos por todos, claro es que llamar la atencion de la enferma, en ausencia del colega operante, á la menor lastimadura causada por tan dificultosos instrumentos, es injusto no ménos que indigno de un médico. Informar á

una mujer de que el pesario que lleva ha producido una úlcera profunda en la vagina, es lo mismo que decirle que su médico ha padecido una equivocacion garrafal; pues para el vulgo, "úlcera" significa todo género de lesion horrorosa, desde la eritema hasta el carcinoma verdadero; y aunque no haya dicho mas que la verdad, el que hace tal observacion sabe que el mismo accidente ha ocurrido muchas veces en su práctica, que se disipa con una semana de reposo, y que su presencia no ha causado ningun perjuicio grave á la enferma. Inútil es negar que aun en el dia cuenta nuestra facultad hombres que no han podido deshacerse de la preocupacion que existió contra la ginecología hasta hace cien años; y esos son los que con harta frecuencia se olvidan de que la observancia de las reglas de la moral médica debería sobreponerse á los impulsos de un sentimiento mezquino, cuya injusticia y falacia se corroboran cada dia. Resguardar los intereses de nuestros hermanos en la facultad, en cuanto concierne á la enferma, no es materia de cortesía, sino de decoro profesional; mucho mas cuando en el asunto se interesa su reputacion pública.

En relacion con esta materia, relataré un caso muy instructivo, ocurrido en mi propia práctica hace algunos años. Una señora vino á consultarme sobre una anteversion, despues de haber estado sometida por algun tiempo al tratamiento de uno de los charlatanes que se anuncian en este pais. Al estraerle un pesario de retroversion muy tosco y ordinario, encontré una ulceracion estensa, profunda y de bordes frangeados, que se había propagado por su estremidad inferior al tejido que media entre la vagina y la vejiga. Mal pude resistir á la tentacion de dar á conocer al introductor del instrumento, y de tomar la úlcera por testo de un discurso acerca del empleo de estos charlatanes por el público; pero, pensándolo mejor, me abstuve de hacerlo; y como la enferma vivía fuera de la ciudad, le dí las instrucciones necesarias, encargándole que volviese al cabo de tres semanas. Hízolo así, y hallando sana la úlcera y disipada la irritacion de la vagina, introduje un pesario de anteversion, encargando de nuevo á la enferma que volviese otra vez á verme, tan pronto como le fuese posible; lo cual no pudo efectuar hasta una semana despues. Volvió entónces, y con gran mortificacion mia descubrí que la presion del útero sobre el pesario había producido una úlcera grande y de bordes desiguales, que sólo se diferenciaba de la causada por el charlatan, en ser la mia mas estensa y de aspecto mas maligno.

Hé ahí el peligro que en la actualidad me hace examinar tan repetida y escrupulosamente el pesario de anteversion, durante los diez primeros dias de su permanencia en la vagina.

El uso del pesario, á pesar de los peligros que lo rodean, es uno de los puntos mas importantes de la ginecología, y debe ser objeto de un estudio constante, atento, y especial, para todo el que se dedique á este ramo de la ciencia. Confieso que cuando oigo decir á un médico que,

por motivo de una gran prevencion contra los pesarios, nunca los emplea, no puedo ménos de preguntarme á mí mismo, ¿cómo, y por qué, trata enfermedades uterinas? Para mí tengo que uno de los profundos misterios de la ginecología es, cómo pueden dejar de emplearse los pesarios; siendo igualmente incomprensible cómo hay quien pueda practicar un arte ignorando un medio que, bien aplicado, constituye uno de sus mas poderosos y eficaces recursos.

CAPÍTULO XXIII.

FLEXIONES DEL ÚTERO.

Vengamos ahora á estudiar un asunto á la vez muy importante, difícil é interesante—el de las flexiones uterinas. La version ú oblicuidad consiste en el cambio de la direccion normal del eje longitudinal del útero; la flexion, en la incurvacion del órgano sobre sí mismo, de manera que el eje longitudinal forma ángulo. El primero de estos estados es dislocacion; el segundo, deformidad de la matriz. Aquel se puede comparar á la lujacion de uno de los huesos largos; este, á la fractura del mismo con reunion angular de sus fragmentos. En uno no hay mas que reponer el órgano dislocado; en el otro es necesario rectificar una deformidad, que puede haber durado años, ó quizás ser congénita.

Me ha parecido conveniente tratar de las flexiones y versiones en capítulos separados, porque creo que de no hacerlo así es difícil que la descripcion sea á la vez concisa y completa. Las versiones van comunmente acompañadas de flexiones, y á estas últimas las acompaña con frecuencia cierto grado de version; las flexiones producen versiones con el tiempo, y es probable que en una version franca se halle algunas veces ingertada una flexion. Sin embargo, si tratamos de ensanchar nuestros conocimientos en tales materias, debemos empezar por separar, y no unir, condiciones patológicas, simplemente porque se complican y se originan las unas de las otras.

Frecuencia.—Las incurvaciones de la matriz, es decir las dislocaciones anteriores, posteriores, ó laterales, en que la flexion, y no la version, es el rasgo predominante, son muy comunes.

De 339 dislocaciones, observadas	por Nonat,	67	eran flexiones.
" 84 "	" Meadows,	54	" "

En cuanto á la frecuencia relativa, las flexiones anteriores son mucho mas comunes que las posteriores.

De 67	casos de flexion,	observados	por	Nonat,[1]	33	eran anteflexiones	y	14	retroflexiones.
" 54	"	"	"	Meadows,[2]	20	"	"	34	"
" 54	"	"	"	Scanzoni,[3]	46	"	"	8	"
" 23	"	"	"	Valleix,[4]	11	"	"	12	"
" 296	"	"	"	Hewitt,[5]	184	"	"	112	"

El Dr. Ludwig Joseph,[6] de Breslau, reunió 1670 casos de flexion, de los cuales 1100 eran anteriores y 570 posteriores.

Aunque estos resultados son algo contradictorios, preponderan mucho las pruebas á favor de las flexiones en sentido anterior.

La oblicuidad hácia adelante, que es natural á la matriz, se presta mas á la anteflexion y se opone á la retroflexion ; tambien los ligamentos redondos que se estienden de los ángulos uterinos á la vulva, tienden conocidamente á impedir que el órgano se doble hácia atras ; y como lo mantienen inclinado hácia adelante, es natural que la deformidad se efectúe en esta direccion, si se reblandece su estructura, ó esperimenta el útero una compresion directa.

En vista de lo que antecede, se preguntará ¿por qué la hiperplasia areolar causa con tanta frecuencia la retroflexion y la anteflexion? Una de las razones es que el descenso del órgano es el primer efecto del aumento de peso del útero, que se presenta en compañía de aquella enfermedad ; el prolapso afloja los ligamentos redondos, tiende á hacer coincidir el eje uterino con el del centro de la pélvis, y favorece la retroflexion, como se observará en la Fig. 115. La tendencia al descenso y retroversion existe por algun tiempo, y continúa hasta que los ligamentos útero-sacros contienen el avance del cuello ; el cuerpo aumentado de peso se dobla, los tejidos ceden en el orificio uterino interno, y sobreviene la retroflexion. Otra de las razones es que la incurvacion se sigue comunmente al parto, y que afectando entónces un órgano cuyos tejidos están débiles y sus ligamentos relajados, encuentra en la enfermera una aliada eficaz, que, empujando con asiduidad el fondo hácia atrás, por medio de una faja, ó vendaje obstétrico, bien apretado, favorece la retroflexion á espensas de la anteflexion.

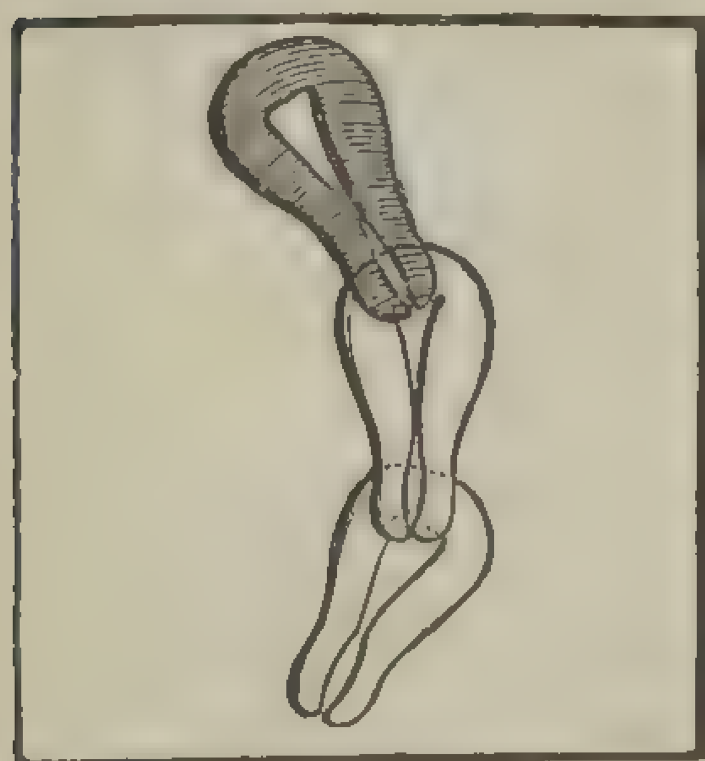


Fig. 115.—Cambios en el eje uterino al descender el órgano.

Anatomía.—Nuestros conocimientos actuales con respecto al desarrollo de la matriz, son bastante completos, gracias á las investigaciones de Coste, Pouchet, Bischoff y otros. Al principio de la gestacion, un conducto pequeño sale de la superficie esterna de cada cuerpo de

[1] Mal. de l'Utérus, p. 416.

[2] Amer. Journ. Obstet., t. i, p. 176.

[3] Klob, ob. cit., p. 69.

[4] Cusco, Thèse, p. 35.

[5] Diseases of Women, Amer. ed., p. 213. El Dr. Hewitt comprende versiones y flexiones; los otros datos estadísticos se refieren á la flexion pura.

[6] Berlin, Beiträge zur Geburtshülfe und Gynäkologie, t. ii., parte 2, 1873.

Wolff, y dirigiéndose hácia abajo, se unen en un trayecto comun, que con el tiempo viene á constituir el útero y la vagina ; muy pronto aparece una constriccion, el cuello del útero se forma y se desarrolla, y un punto muy pequeño marca el lugar en que ha de manifestarse el cuerpo ; los conductos primitivos se convierten en oviductos, y estos, en union del cuerpo y el cuello del útero, la vagina, y demas órganos, están desarrollados en la época del nacimiento. Sin embargo, no hay que suponer que las proporciones del útero sean en la pubertad las mismas que en la infancia. Durante este período el cuello compone las tres cuartas partes del órgano, y el cuerpo, formado de una membrana blanda y movible, no tiene fijeza, pues sigue á la vejiga, si se saca esta hácia afuera al abrir el abdómen, ó al recto, si se empuja hácia atras esta víscera. Mas adelante, en la niñez, y aun despues de establecida la pubertad y la presentacion de las reglas, el útero se inclina adelante, haciéndose esta incurvacion anterior permanente miéntras exista un estado normal; aunque la pubertad y la gestacion por lo comun la disminuyen, y á veces la borran del todo.

Velpeau, cuyos conocimientos ginecológicos eran dignos de nota, manifestó, en 1849, en una discusion habida en la Academia de Medicina de Paris, hallarse inclinado á mirar como normal la incurvacion de la matriz hácia adelante, por haberla observado tantas veces en mujeres que gozaban de buena salud. A consecuencia de esta indicacion, dos de sus discípulos, Boullard, (1852,) y Piachaud, (1853,) investigaron con asiduidad este asunto, y determinaron que tal condicion existe en la niña y la mujer vírgen ; fundando sus deducciones el último, en 107 casos. Boullard la observó en 80 fetos femininos y en 27 mujeres adultas; y Verneuil y Follin corroboraron posteriormente estas observaciones.

No cabe duda de que este es el estado normal hasta la pubertad ; ni se puede negar que hasta cierto punto continúa así, aun despues, en la mujer soltera ; pero, segun ha indicado Cusco, disminuye mucho en la pubertad, á ménos que se desarrolle una flexion anormal. Antes de esta época el cuello de la matriz representa las tres cuartas partes de la masa uterina, la cual es un elemento insignificante del cuerpo humano ; pero en dicha época viene á ser un órgano importante. El cuerpo se desarrolla ; sus paredes se ponen gruesas, densas y fuertes ; y, dice Cusco, "es cosa digna de notarse que, si el desarrollo es regular, sus paredes *establecen un equilibrio ;* el útero se endereza ; desaparece su concavidad anterior ; y queda sólo una ligera depresion que corresponde con la vejiga." Antes de la pubertad, la anteflexion proviene incontestablemente de la falta de tono y de fuerza característica del tejido uterino no desarrollado ; pues, aun cuando la anteflexion no exista, el órgano está generalmente dislocado de otro modo. Así, M. Soudry,[1] en la autopsia de 71 niñas, encontró 41 ejemplos de anteflexion

[1] Aran, ob. cit., p. 981.

uterina, 11 de anteversion, 15 de retroversion, 2 de retroflexion, y 2 de retroversion y anteflexion. Despréndese, pues, de los datos que preceden:—

1°, Que la anteflexion es regla durante la primera infancia;

2°, Que es bastante frecuente, en grado poco considerable, en las mujeres nulíparas, sin constituir enfermedad.

Para impedir las versiones, son muy eficaces ciertos ligamentos pelvianos; pero no pueden estorbar la incurvacion del útero sobre sí mismo. Esto se consigue mediante la fuerza y la resistencia propias del tejido del órgano. Despréndase del cadáver un útero normal; equilíbrese sobre el cuello, y se verá cómo se sostiene perfectamente; deprímase mediante una fuerza aplicada en el fondo, y se vuelve á enderezar á efecto de su propio rebote. Supongamos que el útero esté compuesto de guta-percha en vez de tejido muscular; la sustancia que forma las paredes del cuello mantendrá el fondo cuando el saco piriforme esté sostenido por su parte mas angosta. Llevemos un poco mas allá esta comparacion: la flexion es imposible miéntras el tejido propio del tallo ó cuello conserve su resistencia normal; á ménos que esta sea vencida por una fuerza física directa aplicada por traccion ó compresion. Mas, si por medio de una influencia local se reblandece la parte que sostiene el fondo, claro es que á medida que se debilita la pared de guta-percha, puede haber flexion del fondo por su propio peso. Se dirá que estas teorías representan la matriz como sostenida únicamente por la vagina, sin contar con los ligamentos anchos que fijan el fondo. Si estos ligamentos fuesen cordones tirantes, yo podría admitir su accion; pero como son simplemente repliegues laxos que ni la dobladura del útero sobre sí mismo pone tensos, no puedo convenir en su eficacia.

La frecuencia de las flexiones en los úteros seniles que han perdido su tono y resistencia, corrobora este modo de ver. Klob[1] dice, que "en las mujeres ancianas que tienen el útero sumamente relajado, la compresion de los intestinos sobre la cara posterior del órgano basta para producir la anteflexion."

Patología.—Las flexiones pueden ser accidentales ó congénitas. A medida que crecen las paredes opuestas, una de ellas suele adquirir una nutricion escesiva, creciendo con rapidez; miéntras que la otra, desarrollándose con mas lentitud, detiene la ereccion del útero, y encorvándolo, ocasiona una concavidad en un lado, y una convexidad en el otro. Si el esceso de desarrollo está en la pared posterior, da por resultado la anteflexion; pero si, como sucedió en diez y nueve de las setenta y una autopsias de Soudry, de que se ha hecho mencion, existe una dislocacion hácia atras, y la actividad del trabajo nutritivo es mayor en la pared anterior, la consecuencia es una retroflexion. Además, el crecimiento

[1] Ob. cit., p. 61.

escesivo de una pared no sólo origina una incurvacion del lado opuesto, sino que el lado que se dobla esperimenta cierto grado de atrofia, y esto aumenta la desproporcion que ya viene desarrollándose. Es probable que de aquí provenga la flexion congénita ; estado que siempre es en estremo difícil de curar ; aunque afortunadamente no ocasiona tanta congestion en el cuerpo del órgano, ni tan grandes desarreglos constitucionales como la forma accidental, cuya curacion es mas fácil de lograr.

La anteflexion congénita es mas comun que la retroflexion del mismo carácter ; de la cual, sin embargo, no dejan de presentarse casos. Boivin y Dugès[1] refieren dos ; Dubois, uno ; Deville, uno ; Bell, uno, de una muchacha muy jóven, y yo la he observado varias veces.

Cualquiera influencia que debilite los tejidos constitutivos de las paredes uterinas, produce incurvacion, ya hácia adelante, si está principalmente afectada la pared anterior ; ya hácia atras, si es la posterior la afectada ; cuando lo están una y otra, son fuerzas estrañas las que determinan el curso de la inclinacion. Rokitansky probó que la debilidad es causada por la endometritis, la cual ocasiona el crecimiento de las glándulas utriculares hácia adentro, en el tejido conjuntivo submucoso, cerca del orificio interno, que como consecuencia se atrofia y debilita ; ó por una degeneracion quistosa de los folículos del cuello "los que, aumentando de volúmen, comprimen la capa submucosa y la atrofian ; y abriéndose finalmente, causan una contraccion de tejido en la estructura ántes densa del útero, que queda reducida á una especie de red floja de tejido areolar, incapaz de sostener el órgano en su posicion normal." Segun Klob, "ámbas cosas acaecen con bastante frecuencia ;" y Rokitansky dice que en las mujeres que han parido muchas veces, se encuentra en el semi-círculo anterior del tejido uterino, alrededor del orificio interno, una vena que desalojando el tejido debilita la pared.

Este resultado, sin embargo, puede ser efecto de otras influencias, como por ejemplo, un abceso en el tejido del útero ; el crecimiento de cuerpos fibrosos que desordenan los vasos sanguíneos ; la degeneracion varicosa de las venas, y un estado esponjoso del tejido, causado por la traccion prolongada del cuello ; el desarreglo nutritivo ocasionado por una flexion súbita, consecuencia de una caida ó golpe ; ó gradual, por la traccion de falsas membranas ; la subinvolucion, ó hiperplasia areolar, que efectúa en grande escala la sustitucion "de la densa estructura del útero con una especie de red floja de tejido areolar, incapaz de sostener el órgano," que segun asegura Rokitansky, se verifica en el orificio interno en casos de degeneracion quística.

Las flexiones accidentales son producidas muchas veces, aunque no siempre, por la falta de fuerza en una ó ámbas paredes de la matriz. Suelen provenir de una fuerza bastante poderosa para vencer repentina

[1] Cusco, ob. cit., p. 34.

ó lentamente la resistencia del tejido del útero. La pared, una vez doblada sobre sí misma, pronto sufre degeneracion ; combinándose así dos causas para hacer durar la deformidad.

La flexion se efectúa en la parte mas débil, ocurriendo generalmente en un punto que mira al orificio interno. En la anteflexion puede verificarse mas abajo, hallándose sólo doblado el cuello, á causa de una constipacion habitual y prolongada. En casos de retroflexion he observado el útero doblado por la mitad del cuerpo, sustraido al exámen superficial, y haciendo sospechar la existencia de un tumor fibroso. Klob observó esto una sola vez, y no pudo encontrar otro ejemplo análogo ; y Cusco [1] refiere un caso de su propia práctica, en que la flexion dividía el órgano en dos partes iguales, y cita otros de la misma naturaleza observados por Ashwell y Bell.

Tales son las influencias que determinan la flexion ; establecida esta, sobreviene un cambio notable en la circulacion del útero. Los vasos sanguíneos de la matriz nacen de la arteria uterina hipogástrica, de la arteria uterina aórtica, y de la arteria espermática esterna ;[2] y las venas forman dos plexos : el uterino y el pampiniforme. Todos estos vasos se dirigen á los bordes del útero ó vienen de ellos ; la flexion del órgano, como lo espresa Hewitt, los *liga* hasta cierto punto, estorbando la circulacion inmediata y directamente ; y aunque las arterias continúen llevando sangre al cuerpo, las venas, que son mas compresibles, no pueden volverla á la circulacion general ; siendo consecuencias de esto la hiperemia, el edema, y con el tiempo la hipergénesis del tejido. El Dr. Hewitt, en la edicion reciente de su admirable tratado sobre las *Enfermedades de las Mujeres*, da tanta importancia á este hecho, que lo presenta como base de su credo patológico. La verdad de esta teoría y su grande importancia patológica son incuestionables ; y el Dr. Hewitt ha hecho un gran servicio al presentarla de una manera tan notable haciendo ver sus frecuentes y marcados efectos como causa de males uterinos ; pero se equivoca cuando dice en su obra que "es algo estraño que la presencia de una congestion mecánica del cuerpo del útero, ocasionada por un simple cambio de forma del órgano, no haya llamado la atencion de los patólogos que se dedican á este ramo de la ciencia." Desde la publicacion en 1868 del tratado de *Anatomía Patológica* de Klob,[3] el asunto había llamado especialmente mi atencion, y vino á ser parte muy principal de mi enseñanza. Klob [4] asegura que "el edema, la tumefaccion, y la hipertrofia propia del cuerpo del útero, son las consecuencias ulteriores de la hiperemia venosa causada por el obstáculo al reflujo de la sangre en el punto en que se efectúa la flexion. El retorno de la sangre de las venas uterinas á las hipogástricas queda

[1] Ob. cit., p. 37.

[2] Stricker, Manual de Histología.

[3] Las teorías del Dr. Hewitt vieron la luz por primera vez en 1870, en un artículo leido ante la *British Medical Association*, de Leeds.

[4] Ob. cit., p. 60.

interrumpido, y á consecuencia de la hiperemia colateral, sobreviene con frecuencia una dilatacion muy considerable del plexo pampiniforme, por ser la vena espermática la única por donde puede entónces correr la sangre." El cuerpo y el cuello, en virtud de esta influencia mecánica, se ponen tumefactos, sensibles, y dolorosos; la membrana mucosa se congestiona de tal manera, que se siguen derrames escesivos de moco y sangre; y los tejidos del órgano, estimulados á crecer estremadamente por la continuacion del éstasis sanguíneo, esperimentan con el tiempo una hipergénesis marcada.

La cavidad del cuello se halla siempre mas ó ménos cerrada por la aproximacion mecánica de sus paredes en el punto donde se efectúa la flexion; lo que impidiendo la entrada de flúidos, produce comunmente esterilidad; y dificultando mucho su salida, ocasiona dismenorrea, hidrómetra, hematómetra y acumulaciones de moco; y como estas acumulaciones no pueden efectuarse impunemente, causan á su vez una endometritis, y hasta un hematocele por regurgitacion.

En la incurvacion congénita sobrevienen los desórdenes de la circulacion del útero de un modo tan gradual, que la presentacion de una hiperemia marcada no es tan probable como cuando la dobladura del órgano ha sido repentina, ni es por lo general tan completa la oclusion del cuello.

Consecuencias y complicaciones.—El lector podrá ya enumerar por sí mismo muchas de las consecuencias de la flexion de la matriz; y el resúmen de ellas que presentamos en seguida, requiere muy poca esplicacion ulterior en cuanto al modo con que se desarrollan. Son las siguientes:—

Congestion;
Hipergénesis del tejido;
Esterilidad;
Dismenorrea;
Menorragia;
Endometritis;
Tendencia al aborto;
Hematocele;
Ovaritis y salpingitis;
Pelvi-peritonitis;
Acumulaciones de líquidos en el útero;[1]
Neuralgia uterina;
Cistitis y rectitis;
Degeneracion granulosa.

Si se considera que cada una de estas afecciones desarrolla complicaciones y síntomas que le son peculiares, se comprenderá que la flexion

[1] Kiwisch refiere un caso de hidrómetra.

del útero es un mal que, si bien parece insignificante en sí, es orígen de muchas consecuencias graves.

El trastorno de la circulacion de la matriz da lugar á perturbaciones menstruales, que consisten por lo comun en un flujo escesivo, aunque á veces sucede lo contrario.

La congestion, la neuralgia y la hipertrofia de los ovarios, así como el catarro de los oviductos, provienen .probablemente de una influencia refleja, trasmitida por las íntimas y sensibles conexiones nerviosas que existen entre el útero y los ovarios. Rigby atribuía estos fenómenos á la compresion; pero esta no parece esplicar satisfactoriamente su presencia.

La compresion y el roce del fondo dislocado, y á veces el reflujo, por los oviductos, de líquidos aprisionados, han producido peritonitis. Esto, en lugar de ser raro, es tan comun, que Virchow considera la traccion por falsas membranas como causa principal de la anteflexion; pero que este patólogo padece error en esta parte, es opinion de todos aquellos cuyas teorías me son conocidas.[1]

Causas predisponentes.—Toda causa que predisponga al debilitamiento del tono del útero, ó al desarrollo de una fuerza que lo domine, aunque no esté deteriorado, ó aun mas, una fuerza en que se junten ámbas influencias nocivas, dispone el útero á doblarse, á efecto de cualquiera causa escitante, ya sea súbita ó ya persistente. Pueden referirse como sigue:—

Parto;
Empobrecimiento de la sangre;
Debilidad del sistema nervioso;
Edad muy temprana ó muy avanzada;
Ocupaciones penosas;
Relajacion de las paredes abdominales;
Influencias que alteren los ejes de la pélvis.

Causas escitantes.—El apoyar el cuerpo es una de las funciones del cuello del útero, á la cual se adapta admirablemente miéntras no menoscabe su fuerza alguna de las influencias que pasamos á mencionar:—

Influencias que debilitan el apoyo del útero.

Endometritis;
Degeneracion quística cerca del orificio interno;
Preñez;
Degeneracion grasosa;
Hiperplasia areolar;
Degeneracion vascular en las paredes uterinas.

[1] Joseph de Breslau, está de acuerdo con Virchow.

Influencias que aumentan el peso del fondo de la matriz.

Hipertrofia del cuerpo;
Preñez;
Tumores;
Acumulacion de líquido en el útero.

Influencias que empujan hácia atras ó hácia adelante el cuello ó el fondo.

Tumores abdominales ó de la pélvis;
Ascitis;
Acumulacion de materias fecales;
Vestidos ajustados;
Esfuerzos musculares.

Influencias que ejercen traccion hácia adelante ó hácia atras.

Falsas membranas resultantes de la pelvi-peritonitis.

Segun mi esperiencia, una de las causas mas frecuentes, entre las primeras que se han referido, es la inflamacion de la mucosa del cuello, que engendra hiperplasia areolar del parénquima. La hiperplasia así originada da por resultado la atrofia del tejido muscular y de la estructura fibrosa submucosa del útero, y la sustitucion de ámbas por tejido areolar hipertrofiado; desarrollando una tendencia notable á esta deformidad con la sustitucion de una estructura floja y débil en lugar de otra densa y fuerte. Klob asegura que el reemplazo de un tejido fuerte por otro mas débil, se nota con mas especialidad cerca del orificio interno. Virchow niega la importancia de esta condicion como influencia determinante, así como niega la de la degeneracion grasosa observada por Scanzoni en el punto de flexion. Todos los autores convienen en la influencia del parto, del aborto, y del embarazo.

Las causas referidas en segundo y tercer lugar, están universalmente admitidas. La acumulacion de materias fecales suele causar la incurvacion del cuerpo, y con frecuencia hace doblar el cuello en ángulo agudo hácia adelante. Con respecto á la cuarta serie de causas, no cabe la menor duda; pues muchas veces se encuentra en la autopsia el útero fijo de esa manera en flexion.

La etiología de la flexion cervical difiere en algo de la del cuerpo, y estoy persuadido de que aquella es causada casi siempre por la compresion directa sobre el útero de un vestido ajustado, que empuja el cuello contra la superficie cóncava de la vagina. Esta hace inclinar hácia adelante la parte que está en contacto con ella, y la mantiene doblada; el estreñimiento habitual aumenta esta curva viciosa, y la combinacion de ámbas causas origina muchas veces esta forma intratable del mal. No de otro modo se esplica el hecho notado por todos, de hallarse con frecuencia el útero muy arriba en la pélvis, cuando la flexion afecta el cuerpo, y bastante bajo, casi siempre, cuando está doblado el cuello;

y asimismo se esplica lo que mi observacion me hace considerar como un hecho, á saber: que en las mujeres nulíparas, las flexiones del cuello y del punto de union de este y del cuerpo (cérvico-uterina) son mas frecuentes que las del cuerpo ; las cuales se observan generalmente en las mujeres multíparas.

Existe además otro elemento patológico que entra en la etiología de las flexiones del cuello, y que esplica los fenómenos que respecto á ellas acabo de mencionar. Cuando influencias que se hacen sentir sobre el abdómen empujan hácia abajo el útero, el cuerpo se dobla y huye el cuello de la compresion, si los ligamentos vésico-uterinos se hallan flojos y relajados. Mas si estos mantienen el cuello en contacto íntimo con la vejiga, se desarrolla la flexion cérvico-uterina ó cervical simple. El parto, mas que otra ninguna causa, contribuye á estirar esos ligamentos ; y así se esplica que la flexion del cuello no sea tan comun en las mujeres que han parido como en las nulíparas. La flexion del cuerpo es la forma que se observa despues del parto, y la del cuello y la cérvico-uterina las que se presentan en las mujeres nulíparas. Este hecho, además de ser interesante bajo el punto de vista patológico, es de mucho valor en lo relativo al tratamiento de las flexiones cervicales. Para alcanzar buen éxito en estos casos, es indispensable que se prolonguen metódicamente los ligamentos que fijan el cuello en una posicion anterior, y de esa manera tratar de cambiar la forma de la dislocacion en la de flexion del cuerpo, ó en anteversion.

La retroflexion es casi siempre resultado de una influencia que debilita el tono de las paredes uterinas; pero aun cuando este sea normal, una fuerza cualquiera, ya súbita ó ya gradual, aplicada directamente, puede vencerlo, produciendo una incurvacion.

Hasta aquí ha sido ventajoso estudiar colectivamente las flexiones : desde este punto serán consideradas en capítulos separados.

La matriz puede doblarse sobre sí misma, anterior, posterior ó lateralmente, produciendo los trastornos conocidos con los nombres de—

Anteflexion ;
Retroflexion ;
Látero-flexion.

El fondo, al caer hácia adelante ó hácia atras, no siempre conserva la línea mediana ; siendo mas comun que gravite oblicuamente á la derecha ó á la izquierda. Muchas veces, aun cuando se haya mantenido al principio el útero en la línea mediana, con ayuda de un pesario, se establece dicha oblicuidad, constituyendo una dificultad tan grave en estos casos, que para remediarla empleo un instrumento especial.

El útero puede, pues, hallarse doblado hácia adelante y lateralmente ; hácia atras y anteriormente ; hácia atras y lateralmente, etc. ; y á estas variedades se han dado los nombres de—

Retro-anteflexion;
Retro-látero-flexion;
Ante-retroflexion;
Látero-anteflexion, etc.

Es innecesario conservar estas denominaciones en la memoria ; pues teniendo presente que son posibles tales combinaciones, es muy fácil descubrirlas en la práctica, si se tiene un conocimiento íntimo de las tres formas principales.

Habiéndome referido en otro punto á los datos estadísticos de Nonat[1] sobre la frecuencia relativa de las dislocaciones, me ha parecido conveniente presentar por estenso su cuadro, ántes de dejar de la mano este asunto.

CUADRO ESTADÍSTICO DE NONAT.

Casos examinados	339
Anteversion	135
Retroversion	67
Anteflexion	33
Retroflexion	14
Látero-flexion	1
Retro-anteflexion	10
Prolapso	2
Retro-látero-flexion	1
Retro-látero-version	2
Ante-retroflexion	2
Látero-version	1
Látero-anteflexion	4
Ante-látero-flexion	2
No especificados	65

[1] Ob. cit., p. 416.

CAPÍTULO XXIV.

ANTEFLEXION DE LA MATRIZ.

Definicion.—Esta dislocacion, una de las que con mas frecuencia afectan la matriz, consiste en una incurvacion del órgano, de manera que el fondo, el cuello, ó ámbos á un tiempo están doblados hácia adelante, en ángulo mas ó ménos agudo.



Fig. 116.—Anteflexion del útero.

Variedades.—Existen tres clases de anteflexion, á saber : la flexion del cuerpo (*uterina*) ; la del cuello (*cervical*) ; y la del cuerpo y cuello á un tiempo (*cérvico-uterina*).

En la primera el cuello se halla en su posicion normal, y el cuerpo está doblado ;

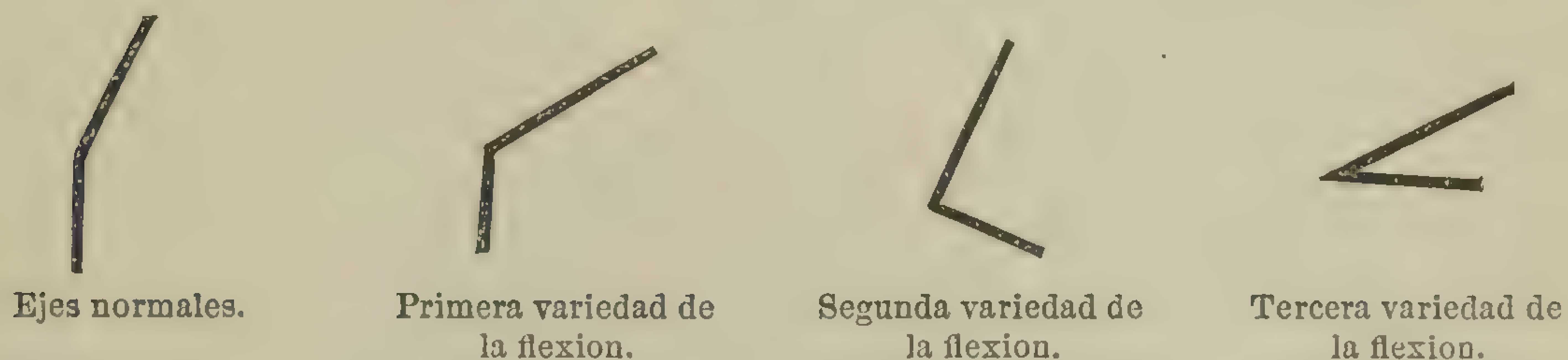
En la segunda el cuerpo se halla en su posicion normal, y el cuello está doblado ;

En la tercera el cuello y el cuerpo están doblados hácia adelante.

Las líneas que se ven en la Fig. 117, indican las desviaciones que suelen sufrir el eje del cuerpo, y el del cuello.

Estas variaciones no son arbitrarias ni innecesarias, y se puede con facilidad comprobar la existencia de cada una á la cabecera de las enfermas; debiendo siempre modificarse notablemente el tratamiento segun la peculiaridad de cada desviacion. El descuido con respecto á ellas, y el concentrar la atencion en la flexion del cuerpo solamente, son, á mi ver, faltas que han entorpecido el progreso en el tratamiento; pues esta afeccion no puede tratarse de una manera racional, si no se tiene presente la variedad á que han de adaptarse los medios mecánicos.

Fig. 117.



Ejes normales. Primera variedad de la flexion. Segunda variedad de la flexion. Tercera variedad de la flexion.

Además de las referidas, existe otra forma rara, en la cual está el cuello doblado hácia adelante y el cuerpo hácia atras; pero es difícil representar en un diagrama los ejes de esta variedad.

Síntomas.—Esta deformidad suele existir en cierto grado por años enteros, sin manifestar síntomas; es muy comun, sin embargo, que el obstáculo al retorno de la sangre venosa en el punto de flexion produzca una hiperemia que aumenta la dislocacion, perturba el sistema nervioso, y desarregla las funciones del útero; desarrollándose en seguida los fenómenos siguientes:—

Dolores en el hipogastrio, las íngles y la espalda;
Irritacion de la vejiga;
Leucorrea;
Dismenorrea;
Esterilidad;
Perturbaciones nerviosas y abatimiento de ánimo;
Dolor al andar;
Menorragia;
Propension á abortar;
Dolor durante el cóito;
Neuralgia de la pélvis;
Sensacion de desfallecimiento en el epigastrio.

Algunas veces se siente una indisposicion para andar morbosa é invencible, proveniente de causas en parte físicas, y en parte morales. Yo he observado varios casos en que la reduccion del útero en su lugar, manteniéndolo allí por medio de un pesario eficaz, ha restablecido rápi-

damente la disposicion para andar, en mujeres que se habían visto obligadas á guardar cama por tres ó cuatro años.

El Dr. Hewitt, hablando de la retencion de las secundinas despues del aborto, y de su putrefaccion en la matriz, en casos de anteflexion, aconseja, como tratamiento, que se reponga el órgano en su lugar; con lo cual se logra la inmediata espulsion de aquellas.

Signos físicos.—El dedo, introducido en la vagina y puesto en contacto con el cuello, no percibe por lo general nada estraordinario; pero al deslizarlo por toda la pared anterior del útero, encuentra á la altura del orificio interno una elevacion que comprime la vejiga; y si, manteniendo aun el dedo en contacto con este bulto, se comprime con la otra mano la pared abdominal anterior, á fin de aproximarla al dedo que está en la vagina, podrá apreciarse la configuracion, volúmen y sensibilidad del cuerpo del útero. Pero el observador, que está todavía en duda sobre si el aumento de volúmen proviene de un tumor fibroso ó de una flegmasía del tejido celular, procede á aclarar este punto colocando á la enferma de lado, y sondando cuidadosamente el útero hasta el fondo, despues de haber introducido el spéculum de Sims. Habiendo averiguado la direccion del útero por el tacto vaginal, da la curva necesaria al estilete, y lo introduce con mucho cuidado; sacándolo y modificando la curva ántes de volverlo á introducir, si ha encontrado algun obstáculo á su paso. El estilete, una vez introducido, revela la direccion del canal uterino, su longitud, y la sensibilidad de sus paredes. Si el estilete penetra en la masa que se percibe al traves de la vagina, dicha masa es el cuerpo del útero; pero si el instrumento sigue el eje normal ó se dirige hácia atras, no es el cuerpo del útero lo que se toca, sino alguna escrecencia en contacto con él. Cuando la flexion es puramente del cuello, se percibirá este muy marcadamente doblado hácia adelante; y cuando es doble, (cérvico-uterina,) el cuello y el cuerpo participan de la incurvacion.

Pronóstico.—Este, en cuanto toca á la curacion, depende de ciertas circunstancias que paso á referir.

a. El pronóstico es mas favorable en la mujer multípara que en la que no ha tenido hijos; porque en la primera la vagina admite con mas facilidad el uso de contentivos mecánicos, y porque el mal es adquirido, y no congénito.

b. En la anteflexion simple del cuerpo, el pronóstico es mejor que en las formas que afectan el cuello.

c. El pronóstico es decididamente desfavorable si el cuello está echado muy hácia atras y elevado en la pélvis; particularmente si el fondo de saco vaginal anterior al cuello es escaso.

d. Si es de la clase reducible la flexion, el pronóstico es favorable; pero no así si es irreducible.

e. El pronóstico de la flexion congénita casi aleja toda esperanza, á ménos que se recurra al tratamiento quirúrgico.

f. De todos estos casos, esceptuando el último, el pronóstico es mas desfavorable en aquellos en que el punto de union de la vagina y el cuello está muy bajo, cerca del orificio esterno, y en los que el útero se encuentra muy alto en la pélvis.

El pronóstico no suele ser malo, en cuanto á la salud general de la enferma ; pero la anteflexion puede dar lugar al aumento de volúmen del cuerpo de la matriz, y sus consecuencias ordinarias son la esterilidad, irritabilidad de la vejiga, dismenorrea y leucorrea.

Tratamiento.—Consideraré el tratamiento de la anteflexion bajo los tres puntos de vista distintos, de la flexion reducible en que el cuerpo está dislocado, la flexion reducible en que el cuello está dislocado, y la flexion irreducible, en que el cuello solamente ó bien el cuello y el cuerpo están doblados hácia adelante.

Flexion reducible, cuerpo encorvado hácia adelante, eje del cuello normal.—Las indicaciones para la cura son muy simples : reducir y mantener reducida la parte doblada. No basta de ningun modo llenar solamente la primera, porque la parte reducida cae de su posicion apénas se aparta la fuerza reductora. Se ha de tener presente que las flexiones difieren de las versiones en cuanto á la prontitud con que se efectúan. Las últimas suelen producirse repentinamente por medio de una influencia perturbadora violenta ; en cuyo caso son susceptibles de alivio inmediato. Por lo que toca á las flexiones, tenemos pruebas de que se originan á veces de la misma manera, si bien esto nada tiene de comun, á ménos que sea durante la gestacion ; en general reconocen por causa influencias que se han ejercido largo tiempo ; y rara vez su reduccion da esperanzas de que no se siga una pronta recidiva.

El pronóstico respecto del buen éxito de la segunda indicacion, puede decirse que es muy favorable ; mucho mas en esta que en las otras variedades de la deformidad, á ménos que el fondo de saco vaginal anterior sea poco profundo.

Despues de haberse evacuado el vientre, y calmado toda irritacion vaginal y pelviana, por medio de inyecciones vaginales calientes y reposo en el decúbito dorsal, se debe comenzar del modo siguiente el tratamiento local : La sonda uterina, no muy encorvada, sino tan recta como se pueda hacer penetrar, se introduce hasta el fondo, y manteniendo en una mano el mango, se colocan las estremidades de los dedos de la otra mano contra el tallo y cerca del medio del instrumento, y sirviendo ellos de punto de apoyo, se empuja el mango de la sonda hácia la sínfisis. A favor de esta maniobra se levanta el fondo en flexion, y se lleva al mismo tiempo hácia la concavidad del sacro. Alcanzado este punto, se imprime á la sonda un movimiento muy suave de rotacion, que pone el útero en estado de retroversion completa y retroflexion parcial. Esto debe ejecutarse con la mayor suavidad, del modo que he descrito y no con una rotacion violenta del órgano encor-

vado que haga girar con fuerza el fondo alrededor del estrecho superior de la pélvis.

Introdúcese en seguida uno de los instrumentos representados en las Figs. 100 y 101; se mantiene la enferma de espaldas en cama durante algunos dias; la vejiga distendida por la orina; y las paredes abdominales comprimidas hácia adentro por medio de una faja obstétrica ordinaria, debajo de la cual se coloca como compresa una toalla doblada.

El exámen al cabo de una semana revelará por lo regular una mejoría marcada en la dislocacion; y volviendo entónces á introducir la sonda, se mantiene el útero en retroflexion por dos ó tres minutos; se coloca de nuevo el pesario; se sustituye á la faja obstétrica una de las abdominales representadas en otro lugar; se le quita todo peso al abdómen á beneficio de un suspensor de faldas; y se permite á la enferma que atienda poco á poco á sus ocupaciones. Si el pesario que se viene usando no causa molestia, no hay que cambiarlo; pero si la causare, deberá sustituírsele uno de los de anteversion representados en las Figs. 95 y 98, ú otro cualquiera por el estilo.

Si la pelota del pesario escita dolor al principio, puede reemplazarse ventajosamente por una esponja fina; siendo entónces necesario estraer el instrumento cada veinte y cuatro horas.

No sin mucha hesitacion presento el pesario de anteflexion (no de anteversion), cuyo mecanismo esplican perfectamente las Figs. 118 y 119.

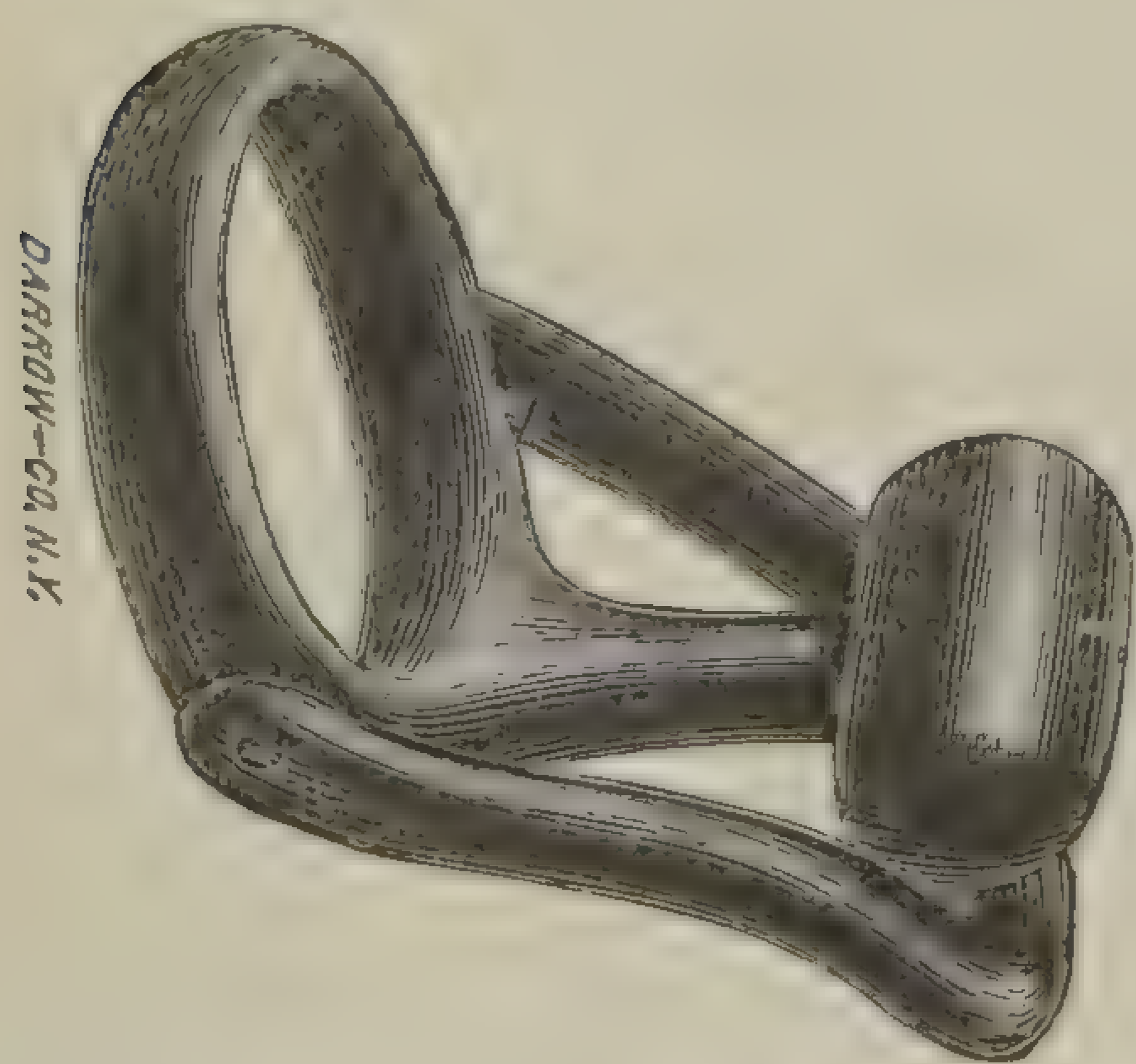


Fig. 118.—Pesario de anteflexion dispuesto para introducirse.



Fig. 119.—El mismo despues de introducido.

La pelota al estremo del tallo viene á quedar precisamente debajo del fondo, el anillo recibe la punta del cuello, y las dos ramas movibles descansan contra los tejidos debajo del púbis. Este pesario sostiene perfectamente el cuerpo en anteflexion; y si he vacilado en recomendarlo, no ha sido porque lo considere ineficaz, sino por la circunstancia de ser su estraccion imposible para la mujer, y aun difícil para el médico. Para doblar el tallo y hacer bajar la pelota de modo que franquee

la arcada pubiana (Fig. 118), es necesario hacer pasar por encima de ella el dedo ó un instrumento curvo. Por estos motivos, si bien hace años que lo empleo yo mismo, nunca lo había recomendado; y querría que no recurriesen á su uso sino los que ya tienen adquirida esperiencia en este género de aplicaciones.

Flexion reducible, cuello encorvado hácia adelante, eje del cuerpo normal.—En un caso de esta naturaleza el tratamiento tiene que ser enteramente distinto del que acabo de describir; pues ¿no es evidente que el emplear medios para rectificar el eje del cuerpo, cuya direccion es normal, sin atender á la posicion del cuello, que es anormal, es cosa contraria á la razon? El cuello, y no el cuerpo, es el que se halla dislocado, y al que, por lo tanto, debe dirigirse el tratamiento.

Preparada la enferma de la manera indicada para el caso que antecede, se da á la sonda una ligera incurvacion hácia adelante, haciéndola penetrar suavemente hasta el fondo; y empujando en seguida el cuerpo hácia atras, se le mantiene en esta posicion por algunos minutos, á fin de enderezar el canal uterino. Si se logra esto, y queda demostrada la reductibilidad de la dislocacion, puede mantenerse la direccion normal del eje uterino á favor del tallo intra-uterino que pronto describiremos, ó de un pesario que, doblando el cuello hácia atras, lo mantenga en esta posicion. Para alcanzar buen éxito en el tratamiento de un caso de esta naturaleza, es indispensable llenar dos indicaciones que el médico debe tener muy presentes: la primera, prolongar los ligamentos vésico-uterinos, para que el cuello se retire hácia el sacro; y la segunda, encorvar el cuello de manera que vuelva á su eje natural. Despues de haber dilatado repetidamente con la sonda los ligamentos

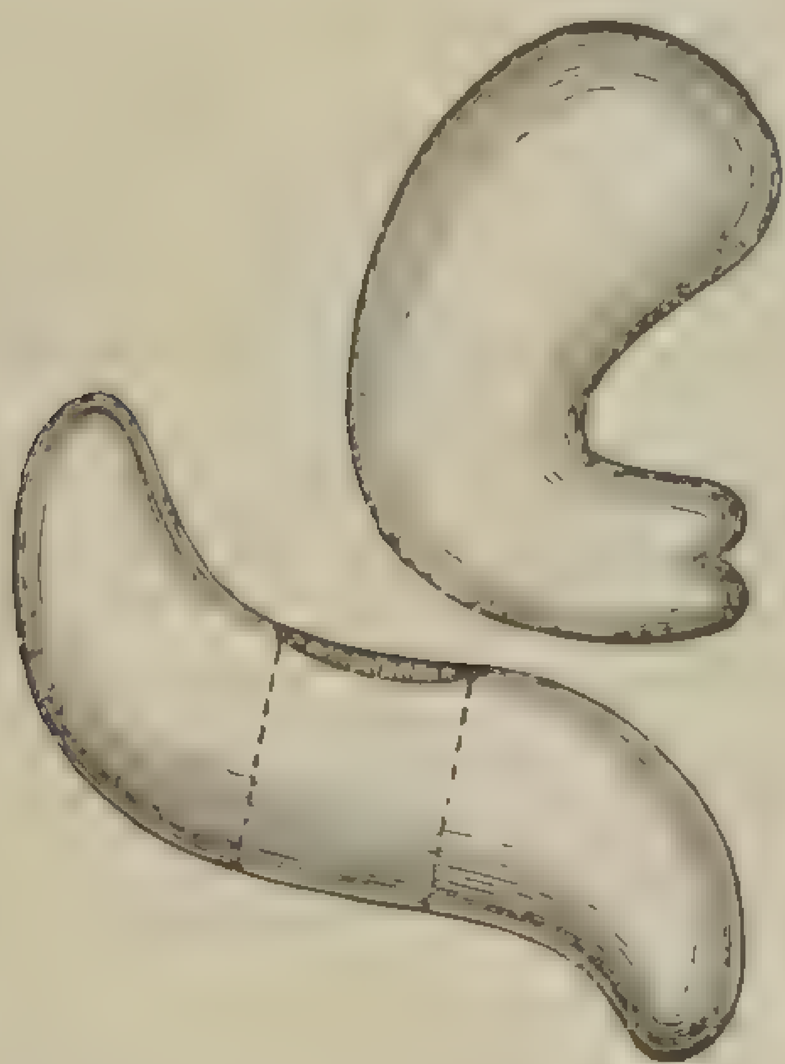


Fig. 120.—Pesario de Hurd: aun no se ha colocado el útero.

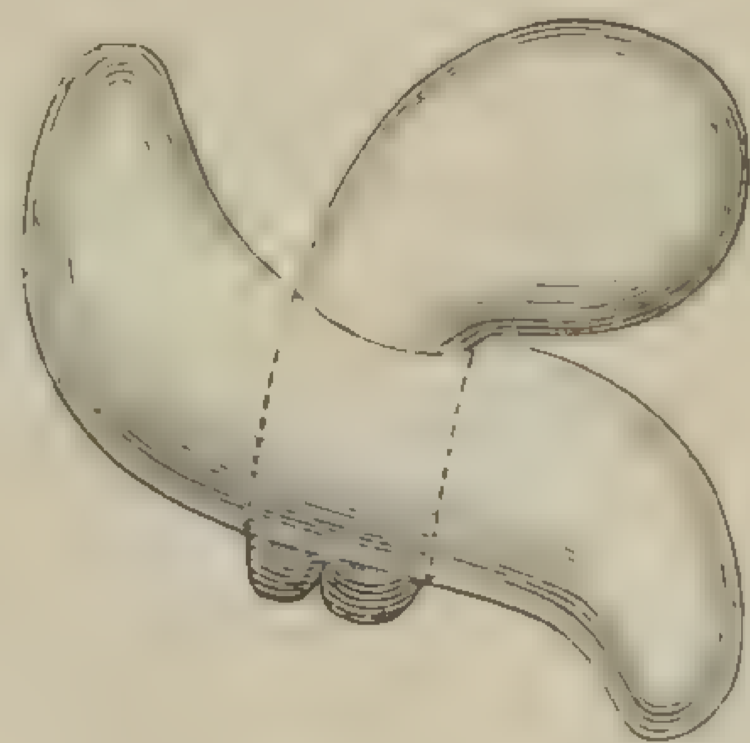


Fig. 121.—Pesario de Hurd: el útero en posicion.

vésico-uterinos y el parénquima del órgano, y enderezado provisoriamente el canal, se introducirá el pesario del Dr. Hurd, de West Point (Missouri), que se ve en la Fig. 120, y que consiste en un pedazo liso de caucho vulcanizado, ya macizo ó ya hueco, que se adapta exacta-

mente en la vagina, y cuyo centro tiene una abertura en que se engasta el cuello de la matriz. Untado con algun cuerpo graso, es tan fácil de introducir como el spéculum cilíndrico; y una vez engastado en su abertura el cuello, queda como si estuviese entablillado, y de esa manera se encorva hácia atras. Ningun otro pesario que yo conozca llena tan bien esta indicacion. Este instrumento sirve admirablemente para todos los casos, escepto los de la clase incurable de anteflexiones en que la vagina se une al cuello muy cerca del orificio esterno; pues en estos, no pudiendo el cuello encajarse completamente en la abertura, es imposible poner en juego el mecanismo (análogo al de las férulas) del pesario. Al usar el pesario de Hurd se ha de tomar la precaucion de que no sea demasiado pequeño; pues si lo fuese, podría seguirse la estrangulacion del cuello despues de encajado en la abertura. Se encuentra de tres tamaños este instrumento, y se cuidará, por lo tanto, de escoger uno del todo propio para el caso; debiendo, ademas, en todos los casos vigilarse solícitamente miéntras permanezca en la vagina, á fin de evitar dicho accidente. De los pesarios de Hurd hay dos clases enteramente distintas en lo que hace á la direccion de la abertura central. El curso de esta, en los de anteflexion, es exactamente cual se representa en la lámina; en los de retroflexion y retroversion se inclina la abertura directamente hácia adelante.

Acostumbro tambien en estos casos emplear un instrumento de forma idéntica al que representa la Fig. 95; pero con la diferencia de que la pieza movediza anterior consiste en un disco ó placa sólida, contra la cual descansan el cuerpo y el cuello en flexion, como contra una férula que endereza la pared doblada.

Mucho se engañará el que crea conseguir con estos métodos resultados notablemente satisfactorios. Es verdad que en cierto número de casos no se logrará buen éxito con ninguno de los medios hasta ahora ideados, sin esceptuar los procederes quirúrgicos; pero mi esperiencia me autoriza á decir que si el ginecólogo se vale con perseverancia del tratamiento que acabo de indicar, sus esfuerzos se verán muchas veces seguidos de los mejores resultados. Despues de vencida esta forma de flexion, se usará por largo tiempo el pesario de anillo de Meigs, á fin de evitar la presion hácia arriba y hácia adelante de la vagina. En esta como en las demas variedades de flexion, vencido el mal, conviene dilatar, á favor de sondas graduadas, la cavidad del cuello, que generalmente se halla mas ó ménos contraida.

Flexion irreducible, cuello ó cuerpo, ó ámbos, inmoviblemente encorvados hácia adelante.—Estas tres formas de flexion irreducible[1] son incurables, si no se emplea para remediarlas, el tallo intra-uterino ó

[1] Al calificar de *irreducible* una flexion del útero, no se debe emplear este término sino relativamente; pues siendo elástico el tejido uterino, es claro que ha de ceder siempre á la fuerza.

el tratamiento quirúrgico. En estos casos, que creo son casi siempre congénitos, se halla una pared bien desarrollada por esceso de crecimiento, miéntras que la otra se encuentra densa, rígida, atrofiada, y sin elasticidad. Pueden, sin embargo, provenir de una flexion accidental prolongada, acompañada de ligeros ataques de peritonitis, y aun sin estos últimos, pues Klob ha observado en semejantes casos la retraccion cicatricial del segmento atrofiado de tejido conjuntivo.

Hará treinta ó cuarenta años que Velpeau,[1] conociendo nuestra pobreza de recursos para ciertos casos de version, concibió la especiosa idea de restablecer el eje uterino en su direccion normal, introduciendo un tallo hasta el fondo y manteniéndolo allí; despues de hecho el esperimento lo desechó en la práctica; y lo mismo hizo Amussat, que siguió con posterioridad su ejemplo. El Profesor Simpson, en 1848, volvió á sacarlo á luz en casos de versiones y flexiones, y encontró un partidario ardiente en M. Valleix, de Paris. Es incontestable que el instrumento llamado pesario intra-uterino, ó de tallo, corrige directa é inmediatamente toda flexion de la matriz; pero á consecuencia de haber ocasionado en muchos casos la peritonitis y la muerte, cayó casi en completo desuso por algun tiempo; y la esperiencia parecía condenarlo de tal manera, que las alabanzas de sus partidarios, y las notables curas atribuidas á su uso, llegaron á ser difíciles de esplicar. Nonat afirma que, arrebatados por su entusiasmo, "*ils se sont laissés aller trop facilement sur le terrain glissant des illusions.*" El método, sin embargo, nunca se desechó del todo, pues nadie podía dejar de convenir con la opinion de Malgaigne, que en una discusion habida sobre la materia en la Academia de Medicina de Paris, en 1852, manifestó que "no puede ni debe considerarse contrario al sentido comun un tratamiento ensayado por Amussat, Velpeau, Simpson, Huguier, y Valleix."

En los cinco últimos años se ha manifestado una tendencia progresiva á restablecer el uso de este método; y en el próximo pasado se refirieron varios ejemplos que le son favorables.

Esta materia fué objeto de alguna atencion en un congreso médico celebrado en Innsbruch, en Alemania, en setiembre, de 1869. Spaeth, de Viena, dijo que si bien en algunos casos había observado una insensibilidad absoluta, y falta de reaccion contra los instrumentos intrauterinos, no creía ventajoso el tratamiento de las flexiones por este método. Hugenberger, de San Petersburgo, habló á favor del uso del pesario de Simpson para las flexiones, asegurando que segun su esperiencia, no solamente lo toleraba el útero, sino que aplicado cual corresponde y mantenido por tiempo suficiente, era de mucho provecho. El Profesor Schultze, de Jena, ha recomendado mas recientemente el empleo del tallo intra-uterino para ciertos casos rebeldes; pero lo hace de una manera cautelosa y reservada, segun el juicio crítico

[1] Discusion en la Acad. de Méd., reproducida en el Med. Journ. de Charleston, 1853.

que de su obra escribió el Dr. Munde en el *American Journal of Obstetrics.*[1]

El Profesor Olshausen, de Halle, publica asimismo su esperiencia reciente, y como los datos que presenta dicho Profesor son exactos, el lector podrá por sí mismo formar su juicio. De 297 casos de versiones y flexiones, 81 fueron tratados por el tallo intra-uterino, aplicándose el mismo tratamiento á 5 que no eran de dislocacion. En 7 casos se desarrolló una flegmasía peri-uterina; en 10 fué necesario suspender el tratamiento á causa del dolor, ó de la hemorragia; y en 3 no pudo mantenerse el tallo en posicion. De los 66 casos en que se alcanzaron buenos resultados, en 15 la mejoría fué al parecer permanente; en 18 fué notable y de larga duracion; y en 17 "se obtuvieron resultados permanentes de carácter dudoso." En 11 se alcanzó la curacion de la esterilidad. El tiempo que se usaron los tallos varió entre unas pocas semanas y 22½ meses.

Los Drs. Thomas Savage, y Thomas Chambers nos han proporcionado uno y otro datos muy favorables sobre este método de tratamiento, en el *Obstetrical Journal of Great Britain and Ireland*, á que se remite al lector para tan interesantes artículos.

Antes de poner en práctica este método, se debe hacer un exámen escrupuloso relativamente á la previa existencia de una inflamacion peri-uterina, y desechar completamente el instrumento, si se descubriere algun vestigio de ella.

Para mantener en posicion el tallo, se han empleado gran número

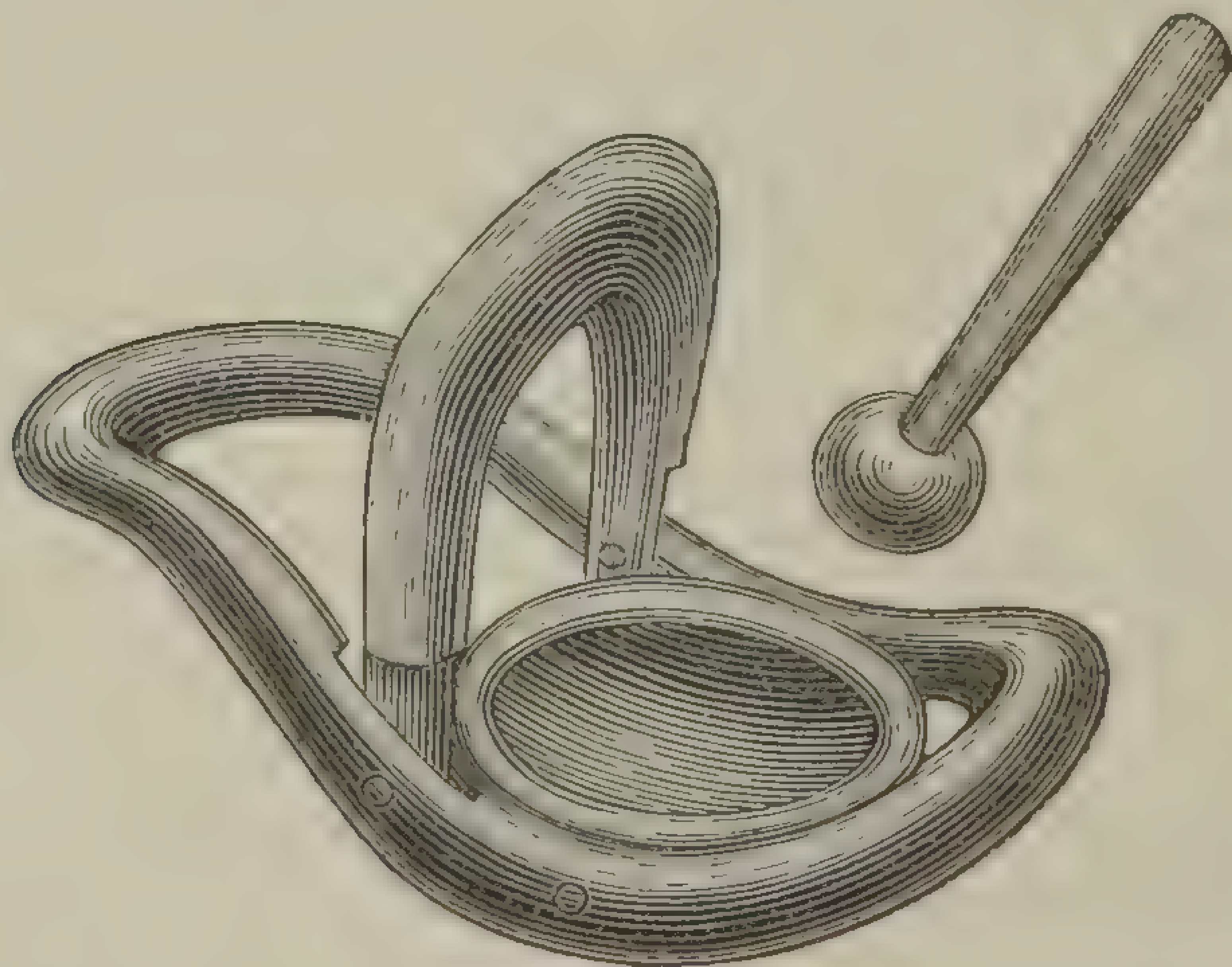


Fig. 122.—Tallo intra-uterino y pesario de anteflexion.

de instrumentos, de los cuales unos son muy complicados, otros duros é inflexibles, y casi todos carecen del elemento principal de seguridad, cual es el poder estraérselo la enferma. El instrumento que empleo en estos casos no presenta dichos inconvenientes, y por lo tanto puedo recomendar su uso. Consta de dos partes: un tallo de cristal macizo, ó

[1] Agosto, 1874.

de caucho vulcanizado, de 2 á 2½ pulgadas de largo, cuya parte inferior termina en una pelota, (Fig. 122,) y un pesario comun de anteflexion, entre cuyas ramas se ve un platillo chato, sobre el cual descansa la estremidad inferior del tallo despues de introducido este en el útero. El platillo es de goma vulcanizada y tiene una pequeña abertura que facilita la salida de los flujos.

Ya se deja entender que para el apoyo del útero no se cuenta con sólo el tallo intra-uterino; concurre además á proporcionarlo el pesario; y á aumentar la eficacia de este último es á lo que se reduce simplemente el oficio del tallo.

El tallo, terminando en una bola que descansa en el platillo del pesario, cambia de posicion á cada movimiento del útero; pues, como debe tenerse presente, no se hace uso de él para la anteversion, sino para la anteflexion, y por lo tanto no conviene que sea inmóvil su base. El tallo tiene, inmediatamente encima de la bola, un pequeño agujero á traves del cual se pasa un hilo de seda que cuelgue fuera de la vulva. Al primer indicio de incomodidad, la enferma estrae el pesario, que sale fácilmente, y saca en seguida el tallo, tirando del hilo.

Cuando la cavidad del cuello está demasiado contraida, se la debe ensanchar, ántes de introducir el tallo, con uno ó mas dilatadores de laminaria, los cuales enderezan momentáneamente la matriz y dilatan el canal del cuello. Una vez introducido el tallo, guardará cama la enferma por tres ó cuatro dias; y al levantarse, será, por ocho ó quince, muy prudente en sus movimientos. Durante las reglas no se llevará el instrumento, y se prevendrá á la mujer que, en el período intercalar, lo saque desde luego, si esperimentare dolor, frio, sensaciones de languidez general ó malestar. Aun los mas ardientes partidarios de los endezadores de tallo no pueden ménos de convenir en la importancia de estas precauciones; y sus mas acérrimos opositores confesarán que, con semejante salvaguardia, se debe, en ciertos casos, recurrir al uso de dichos pesarios. Proscribirlos absolutamente, cuando los recomiendan autoridades tan respetables, sería irracional é injustificable; emplearlos sin reserva, no obstante lo que nos enseña la esperiencia, indicaría temeridad y poca cordura.

Si la enferma no puede soportar con comodidad el pesario intrauterino; si el uso de este no vence la flexion; ó si el médico prefiere adoptar procedimientos operatorios, se puede echar mano de uno que no tiene por objeto curar el mal, sino remediar la obstruccion en el cuello, dejando intacto el cambio de posicion.

Procedimiento operatorio para la flexion irreducible del cuello ó del cuerpo, ó cérvico-uterina.—Si se dobla un pedazo de tubo resistente, la obliteracion de su canal en el punto en que se dobla guarda proporcion con la agudeza del ángulo que se ha formado. Lo mismo sucede en la cavidad del útero mediante la lesion que venimos estudiando. La

obstruccion producida de este modo dificulta la salida de la sangre menstrual; esta dilata la cavidad de la matriz, y forma en ella coágulos que son espelidos por tenesmo uterino á cada presentacion de las reglas. Como consecuencia de esto se desarrolla una flegmasía de la mucosa del útero que con el tiempo puede producir la hiperplasia areolar; y esta, por el aumento del peso del órgano que la acompaña, facilita aun mas la dislocacion. Los esfuerzos necesarios para espeler los coágulos de sangre catamenial, constituyen una menstruacion dolorosa; y la misma obstruccion que retarda la salida de flúidos, dificulta tambien la entrada, é impide la concepcion.

Viéndonos en la precision de aceptar la dislocacion como lesion irremediable, nos esforzamos en combatir la causa de las consecuencias patológicas á que aquella da lugar, venciendo la obstruccion en el punto de flexion; ó, en otros términos, sustituyendo á un canal tortuoso otro recto. Esto se efectúa haciendo una incision á traves de una ó de ámbas paredes del cuello. Mas, vencida de este modo la obstruccion cervical, y la acumulacion consecutiva de flúidos en el útero ¿se ha destruido acaso, al mismo tiempo, la tendencia del cuerpo de la matriz á la congestion mecánica? No del todo; aunque ámbas cosas pueden lograrse hasta cierto punto, si como de ordinario debe hacerse, con el uso subsecuente del tallo intra-uterino, aseguramos los resultados de la incision del cuello.

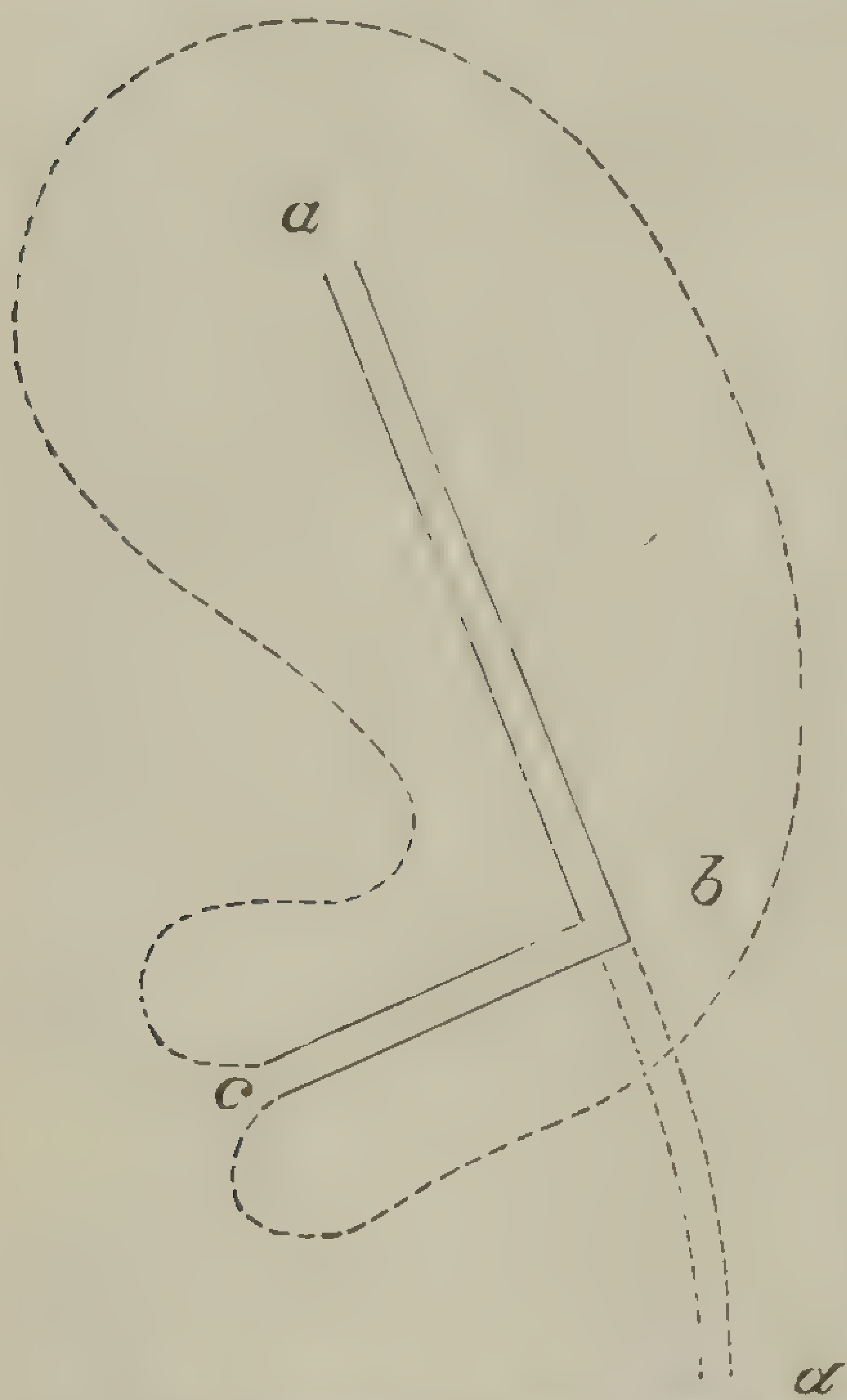


FIG. 123.—Creacion de un nuevo eje uterino. *a b* representa el eje del cuerpo; *b c*, el del cuello; y *b d*, el nuevo eje hecho por la incision.

Si en un caso de anteflexion, la pared uterina posterior doblada hácia adelante, (como se ve en la Fig. 123, *c b*,) se incinde hácia el punto en que se une á la vagina, de manera que la sonda penetre en el útero en direccion de la línea *a d*, desaparecerá la obstruccion formada por el ángulo, y los flúidos podrán entrar y salir libremente, pues en vez de cambiar de direccion en el ángulo *b* para salir por *c*, se escurrirán desde luego por *b*.

La operacion con que se logra este resultado, es sumamente sencilla y se practica como sigue. Colocada la enferma en posicion, é introducido el spéculum de Sims, se aferra el cuello con un tenáculo para mantenerlo fijo, y con unas tijeras largas se hace una incision, estendiéndola cuanto pueda hacerse cómodamente sin interesar el punto de union cérvico-vaginal, que probablemente vendrá á quedar debajo del punto *b*, Fig. 123. En seguida se introduce por el orificio interno el cuchillo de

Sims, (Fig. 124,) y se dividen los tejidos á fin de abrir la pared posterior del cuello. El Dr. Emmet ha hecho observar una pequeña prominencia que se encuentra por lo general en la pared anterior del canal, precisamente en el ángulo que forma la dobladura de dicha pared.

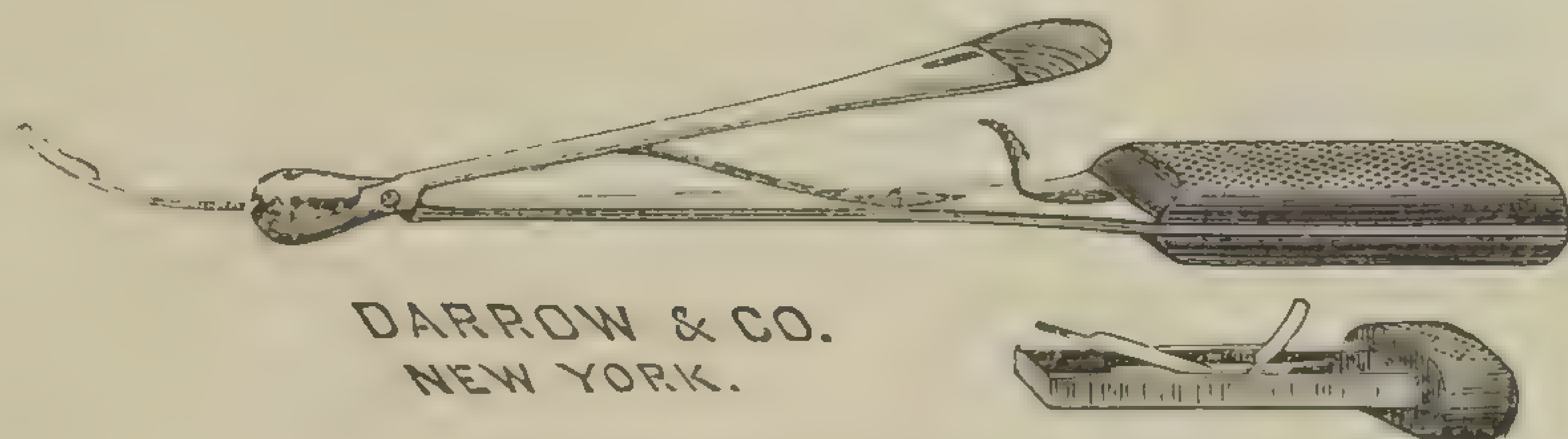


Fig. 124.—Cuchillo de Sims.

Debe dirigirse, pues, la hoja del cuchillo hácia esta prominencia, que se ha de incindir completamente.

En esta operacion no se hará uso sino del cuchillo y las tijeras; pues no es nada propio para el caso ninguno de los uterótomos. Inmediatamente despues de terminada la operacion, se introduce un rollo de

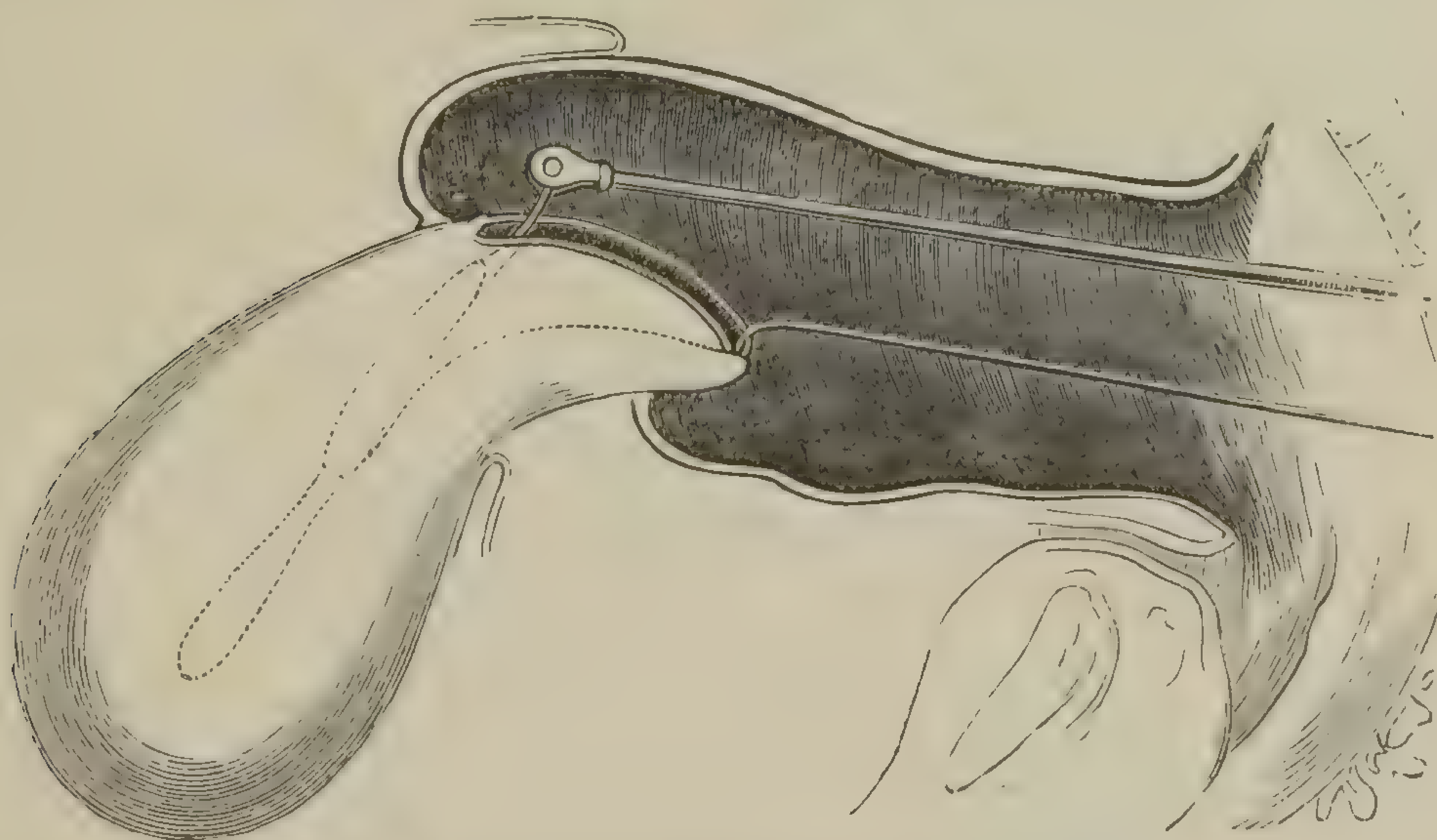


Fig. 125.—Incision posterior del cuello. (Sims.)

algodon empapado en una disolucion de persulfato de hierro, (1 parte para 2 de agua,) de manera que ocupe todo el cuello desde el orificio interno hasta el esterno ; y debajo de este se coloca un tapon firme de algodon mojado, que debe quitarse á las veinte y cuatro ó treinta y seis horas ; pero el rollo puesto en lo interior del cuello puede dejarse tres ó cuatro dias, renovándolo despues dos ó tres veces, á fin de asegurar la penetrabilidad completa del canal. Al cabo de tres ó cuatro semanas se puede introducir el tallo intra-uterino, y usarlo si se cree conveniente.

Si se padece un error con respecto á la etiología de la dislocacion ó

al descubrimiento de sus complicaciones, y se practica este procedimiento, al parecer insignificante, durante la existencia de una peritonitis ó flemon peri-uterino, pueden seguirse los mas peligrosos resultados, aumentándose notablemente los padecimientos de la enferma. A la verdad, si se hubiesen publicado, como habrían debido serlo, todos los casos que terminaron funestamente de resultas de esta operacion, creo que formarían una lista formidable. Yo mismo he tenido noticias de cinco, y oido hablar de otros. Podrá preguntarse ¿por qué esta operacion, practicada en una parte del útero que de ordinario no se resiente de la intervencion quirúrgica, ha de tener tan á menudo consecuencias graves? Estoy convencido de que el procedimiento por sí no va acompañado de mucho riesgo, y de que el practicarlo durante la existencia de una pelvi-peritonitis crónica es lo que da lugar á tan tristes resultados. La mas insignificante operacion, ejecutada en circunstancias en que debiera evitarse hasta el uso del estilete uterino, puede desarrollar una serie de fenómenos que conduzcan á una terminacion funesta.

He notado que la incision practicada en la pared posterior, segun el método de Sims que acabo de describir, se cierra con tanta frecuencia en gran parte de su estension, al cabo de algunos meses de haber dejado la enferma de hallarse bajo la observacion del facultativo, que en la actualidad me valgo de un procedimiento distinto. Con las tijeras dobles representadas en la Fig. 126, corto de un golpe



Fig. 126.

un colgajo de tejido que tiene un cuarto de pulgada de ancho y se estiende del orificio esterno al punto de union cervico-vaginal. Apartado dicho colgajo, corto con el mismo instrumento un pedazo pequeño de la estremidad superior de la incision, pues las tijeras se resbalan siempre un poco hácia abajo, y no cortan tan arriba como es de desear. En seguida dirijo hácia arriba el cuchillo, y divido los puntos prominentes del tejido, como se ve en la Fig. 125, á fin de formar un canalículo recto y sin obstruccion. Si se encontrare alguna dificultad para introducir en el cuello una hoja del instrumento, se obviará desbridando con tijeras el borde del orificio esterno. Los resultados que me ha dado este método, han sido mucho mas permanentes que los que he obtenido con el otro ya descrito. El Dr. Nott, no satisfecho con esto, le quitaba en estos casos toda la pared posterior al cuello, tan cerca del punto de su union con la vagina como le era posible.

Despues de ejecutados estos procedimientos para la curacion de una anteflexion que ha permanecido irreducible por largo tiempo, y era probablemente congénita, la concepcion es cosa nada comun. Las operaciones motivadas por esta lesion suelen aliviar las perturbaciones menstruales y circulatorias, y aun pueden dar por resultado la curacion de la esterilidad ; pero el que las practica debe ser muy circunspecto en sus promesas relativamente á este último punto.

CAPÍTULO XXV.

RETROFLEXION DE LA MATRIZ.

Definicion.—Retroflexion es aquella deformidad en que el cuerpo del útero está doblado hácia el sacro, de manera que la pared posterior forma un ángulo.

Variedades.—Algunos han dividido este género de dislocacion en variedades que dependen de su grado de intensidad, y que son tan arbitrarias que bien pueden pasarse por alto.

Síntomas.—Como quiera que la retroflexion determina congestion del cuerpo uterino, obstruccion del cuello, compresion del recto, hiperemia de los ovarios, y manifestaciones nerviosas reflejas, bien puede suponerse que con semejante cortejo de perturbaciones, son numerosos sus síntomas. Hé aquí los mas comunes :—

Dolores lumbares vivos;
Tenesmo y pesadez en el recto;
Leucorrea;
Dismenorrea;
Perturbaciones nerviosas;
Dificultad al andar;
Menorragia;
Tendencia al aborto;
Dolor durante el acto sexual;
Neuralgia de la pélvis;
Sensacion de desfallecimiento en el epigastrio;
Perturbacion gástrica;
Cólico uterino, ó tenesmo;
Esterilidad.

Muchos de estos síntomas producen epifenómenos propios, aumentando así su número, ya bastante crecido.

Signos físicos.—El diagnóstico se establece por los medios siguientes :—

Tacto vaginal;
Palpacion combinada con el tacto vaginal;
Tacto rectal;
Estilete uterino.

Puesta la enferma en el decúbito dorsal, se introduce el dedo hasta el cuello, que se encuentra en su posicion ordinaria ; despues se desliza por encima de la base de la vejiga, donde no se nota nada anormal ; y luego se pasa por detras del cuello, percibiéndose allí un tumor redondo que se continúa con el borde protuberante de aquel. En seguida, colocando la otra mano sobre el vientre, se la hace aproximar al dedo que está en la vagina, á fin de agarrar entre ámbos el cuerpo de la matriz; lo cual no producirá buen resultado sino cuando se hallen relajadas las paredes del abdómen. Hecho lo que antecede, se introduce el dedo en el recto para examinar mejor la naturaleza del tumor que lo comprime ; y por último se completa el diagnóstico colocando á la enferma de lado, introduciendo el spéculum, y pasando suavemente el estilete uterino hasta el fondo de la matriz, despues de haberlo encorvado segun la indicacion suministrada por el tacto relativamente á la direccion del canal.

Diagnóstico diferencial.—La retroflexion puede confundirse con una acumulacion de materias fecales, con tumores fibrosos, con una flegmasía del peritoneo ó del tejido areolar, con un ovario hipertrofiado y en descenso, y con un riñon en prolapso ; pero la observancia escrupulosa de los cuatro métodos diagnósticos mencionados disipará toda duda.

En ciertos casos muy raros el riñon ha descendido al fondo de saco de Douglas, produciendo síntomas los mas anómalos. En uno de mi práctica en que existía detras del útero un tumor de carácter muy oscuro, el Dr. Noeggerath, llamado en consulta, diagnosticó un prolapso del riñon. De acuerdo con su recomendacion, coloqué á la mujer en el decúbito de rodilla y pecho, y comprimido fuertemente el tumor hácia arriba, se escapó de repente y se pasó á la cavidad del abdómen. Por medio de un pesario de pelota se dió apoyo á la parte, y la enferma se sintió aliviada por algun tiempo; pero á su regreso á Virginia, donde residía, tuvo una recaida completa. El Dr. Noeggerath me ha dicho que no ha observado mas que otro caso semejante. La exactitud del diagnóstico tiene, por de contado, que ser dudosa ; pero me inclino á convenir en él, atendidos los síntomas particulares que se manifiestan, y la circunstancia de que la necroscopia demuestra que se presenta á veces este prolapso de un riñon flotante. En la *Revista* de Braithwaite[1] se lee la siguiente relacion de un caso de esta naturaleza.

"El Dr. Isaacs, al examinar el cadáver de un hombre de 35 años que había muerto de tísis, encontró el riñon izquierdo en la pélvis, su borde superior en

[1] Edicion americana, parte xxxvii, p. 87.

contacto con la bifurcacion de la aorta, y el inferior tocando en la superficie posterior de la vejiga y descansando sobre la quinta vértebra lumbar y la primera, segunda y tercera del sacro. Su borde derecho se hallaba en contacto con el recto, y el izquierdo con la porcion iliaca de la márgen de la pélvis. Habia tres arterias renales, naciendo una de ellas de la aorta y las otras dos de la iliaca primitiva derecha. El tamaño del riñon era regular; pero la cápsula supra-renal era doble de lo ordinario, tenía la forma de una hoja de higuera, y ocupaba su posicion propia en la region lumbar."

Consecuencias de la retroflexion.—La retroflexion se hace mas grave que la anteflexion, por ser el espacio peritoneal posterior al útero mucho mas grande que el anterior. El cuerpo de la matriz ha descendido á veces hasta el estremo superior de la vagina; y Rokitansky y Schott han referido casos en que penetró las paredes del recto y de la vagina, alojándose en estas cavidades; acontecimiento muy raro, naturalmente, pero digno de ser mencionado, por cuanto demuestra el alto grado de compresion que puede ejercer un útero doblado hácia atras. Las consecuencias ordinarias de esta lesion, son—

Dismenorrea;
Endometritis;
Esterilidad;
Hiperplasia areolar;
Pelvi-peritonitis.

La hidrómetra y hematómetra por aprisionamiento de líquidos á causa de la obstruccion del canal en el punto de inflexion en el orificio interno, pueden mencionarse tambien como complicaciones raras. Si durante la existencia de esta deformidad, sobreviene la preñez, ó la retroflexion se complica con esta, hallándose el fondo enclavado debajo del promontorio del sacro, un aborto será el resultado; y este es producido tan á menudo por dicha causa, que en todo caso de abortos repetidos, se debe sospechar su existencia y proceder á un exámen para determinarla.

Pronóstico.—En la retroflexion este es siempre favorable, á ménos que exista una de las condiciones siguientes: 1ª. La union tan baja del cuello con la vagina que no pueda acomodarse un pesario en el espacio posterior al cuello. 2ª. La existencia previa de peritonitis y fijeza del órgano. 3ª. La presencia de un tumor fibroso sensible, en la pared posterior.

Tratamiento de la retroflexion reducible.—La enferma debe prepararse de la misma manera que en los casos de anteflexion, y para evitar repeticiones nos referimos á lo dicho sobre el asunto al hablar del tratamiento de dicha lesion. Las indicaciones son claras: reducir el órgano retrodoblado, y mantenerlo en su posicion natural. Algunas veces se presenta el mal repentinamente, á causa de algo violento, y entónces

no habrá mas que llenar la primera indicacion; aunque por lo comun es necesario que se atienda á ámbas.

Con el método siguiente, que recomiendo mucho, no se esperimentará generalmente gran dificultad en reducir la inflexion. Habiendo colocado á la enferma en la posicion lateral izquierda, con el brazo izquierdo puesto detras del cuerpo, el operador, despues de untarse bien los dedos anular y del medio de la mano derecha, los introduce hasta el fondo del órgano, vuelta la superficie palmar hácia la pared posterior de la vagina. Hasta entónces el médico habrá permanecido detras de la paciente, con la cara mirando hácia el occipucio de esta; hallándose la línea de la superficie anterior de su cuerpo, casi al nivel de una línea imaginaria que atraviese el cuerpo de la mujer por la base del sacro. En seguida el operador, inclinándose hácia adelante, empuja el fondo hácia arriba con las estremidades de los dedos, miéntras que con sus bases dilata el periné y eleva la pared posterior de la vagina, permitiendo que el aire penetre libremente en este conducto. Al enderezarse el cuerpo de la matriz en la pélvis, descansa en él la superficie plana de las uñas, con las cuales se le empuja hácia adelante en direccion al púbis, haciéndolo adquirir gradualmente un estado de anteflexion.

He descrito esta maniobra con tanta minuciosidad porque la considero preferible á las que comunmente se practican para vencer esta y otras dislocaciones posteriores; y recomendaría que se esperimentase ántes de formar un juicio teórico respecto de su mérito. Creo que se logra mas campo para los dedos, pudiendo estos alcanzar á mayor altura que de cualquier otro modo, adoptando esta posicion, que permite al operador empujar el borde perineal contra el cóccis.

La posicion de bruces puede ser necesaria en algunos casos difíciles; pero es raro tener que recurrir á ella.

Una vez efectuada la reduccion del órgano con el método descrito, puede introducirse la sonda para cerciorarse de su perfeccion, y aumentarla. Si se emplea ántes de la reduccion manual, debe hacerse con mucha cautela y del modo siguiente :—

1°. Debe introducirse hasta el fondo con sólo una ligera incurvacion.

2°. El operador, teniendo el mango en la mano izquierda, coloca la punta de los dedos de la derecha sobre el tallo del instrumento, y lo empuja cuanto sea posible hácia el periné.

3°. Habiéndose enderezado de este modo y elevado hasta cierto punto el útero, se le da á la sonda un movimiento de rotacion, para arrojar hácia adelante el fondo; y manteniendo en una mano el mango del instrumento, se empuja hácia la espalda de la enferma, á fin de adelantar cuanto se pueda su estremidad opuesta hácia las paredes abdominales.

La lectura de un procedimiento descrito del modo que acaba de verse, suele producir la impresion de que es complicado, y quizás, de que las indicaciones hechas carecen de importancia; pero si los médicos

acostumbrados á emplear la sonda simplemente como instrumento de rotacion, prueban de buena fé este método mas delicado y racional de usarla, estoy seguro de que no podrán ménos de adoptarlo, por predispuestos que hayan estado contra él.

En casos de retroflexion, el repositor de Sims es tambien útil, despues de la reduccion parcial por medio de los dedos.

Cuando se tiene por objeto sostener el órgano doblado, habrá que quitar de las caderas todo peso, empleando un suspensor de faldas; se proscribirán los vestidos ajustados, y se recomendará á la enferma que evite todo esfuerzo muscular; pero nunca es menester hacerle guardar cama. Si las paredes abdominales están relajadas, deberán fortificarse

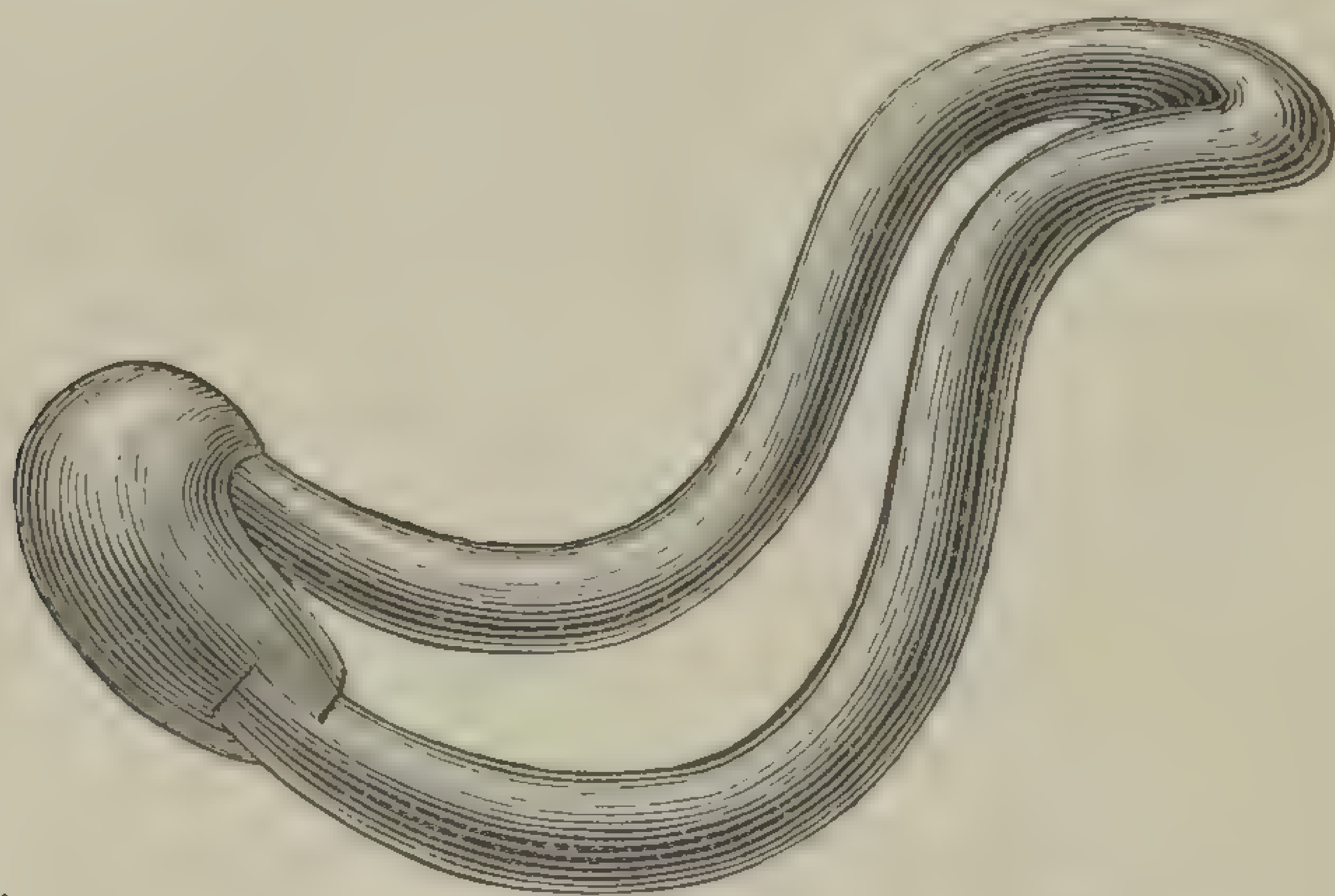


Fig. 127.—Pesario de retroflexion, de Thomas.

con auxilio de un vendaje abdominal, y se apoyará directamente la parte dislocada, aplicando un pesario. La Fig. 127 representa uno que en estos casos uso mas que otro ninguno, y que es escelente cuando no existe sensibilidad escesiva de las partes. Este instrumento es angosto, midiendo los mas pequeños $\frac{7}{8}$ de pulgada, entre las ramas, en su parte mas ancha, y los mas grandes, $1\frac{1}{8}$ de pulgada; su estremidad superior termina en una protuberancia roma para impedir que hiera los tejidos, y la inferior descansa en los tejidos debajo del púbis; la longitud de las ramas, medidas por su curva esterior, es de 5 pulgadas en los pesarios mas grandes, y de $4\frac{1}{4}$ en los mas pequeños. Este pesario, angosto, atravesado en la pélvis, dilata la vagina sin distenderla, y empuja el fondo del útero á mayor elevacion que ningun otro de los que conozco. Su retencion no depende de su volúmen, sino de su relacion con la pélvis; y lo que impide que caiga de su lugar no es la separacion de sus ramas, sino la longitud y grado de la curva posteriormente al útero, y la fuerza retentiva que los tejidos de debajo del púbis establecen contra su estremo inferior encorvado hácia abajo.

En lugar de este pesario, puede emplearse cualquiera de los que se han mencionado al hablar del tratamiento de la retroversion, como el de Hodge, de Albert Smith, ó de Hewitt.

Cualquiera de estos surte efecto cuando el fondo de la matriz es

ligero y fácil de reducir; pero si no fuere así, el pesario de Cutter, con pelota, (Fig. 111,) producirá mucho mejor resultado. Cuando se adapta con exactitud, y lo usa una mujer que no se aprieta la cintura, ni se comprime el abdómen, no solamente sostiene el cuerpo uterino, cuando es susceptible de reduccion, sino que con frecuencia le he visto reducir una matriz que había sido irreducible por otros medios.

El útero afectado de una retroflexion reducible puede siempre, por estos medios, restablecerse en su lugar, y mantenérsele allí sin recurrir al tallo intra-uterino ni á una operacion cruenta; ménos cuando existen dos condiciones desfavorables ya mencionadas, y que pasamos á considerar.

Cuando la vagina se une al cuello tan cerca de la estremidad inferior de este, que apénas deja espacio detras del cuello, es imposible sostener el útero con ningun pesario vaginal; y en tales circunstancias, y solamente entónces, creo que sea necesario el tallo intra-uterino; pudiendo usarse el mismo que hemos recomendado para los casos de anteflexion, con la diferencia de ser el instrumento que lo apoye un pesario pequeño de retroversion y no de anteversion.

Algunas veces se halla un tumor fibroso en la pared posterior del útero, que manteniendo un estado de congestion con su presencia, y por la flexion que ocasiona ó agrava, desarrolla una sensibilidad tal en todo el fondo, que no puede soportarse un pesario comun. En estos casos se sostiene la matriz con una de las modificaciones del pesario de Cutter, sustituyendo á la pelota del instrumento una esponja suave. El pesario de Hurd, (Fig. 128,) tambien puede emplearse con provecho.

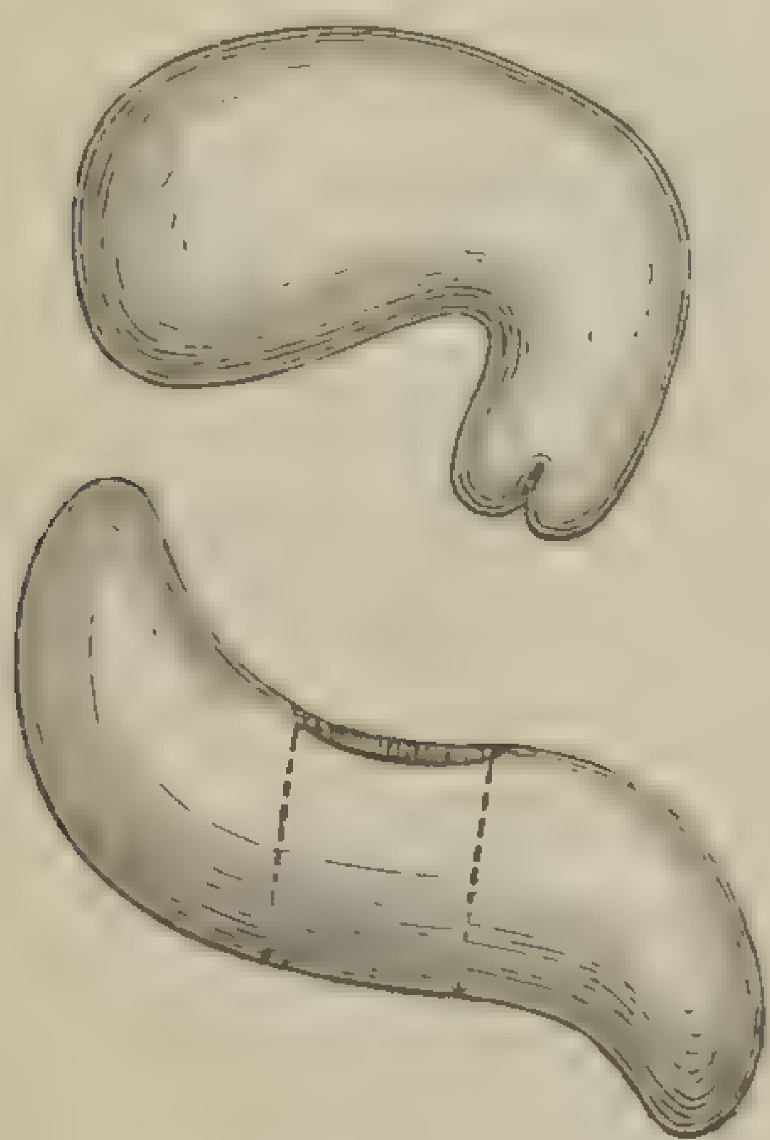


Fig. 128.—Pesario de Hurd.

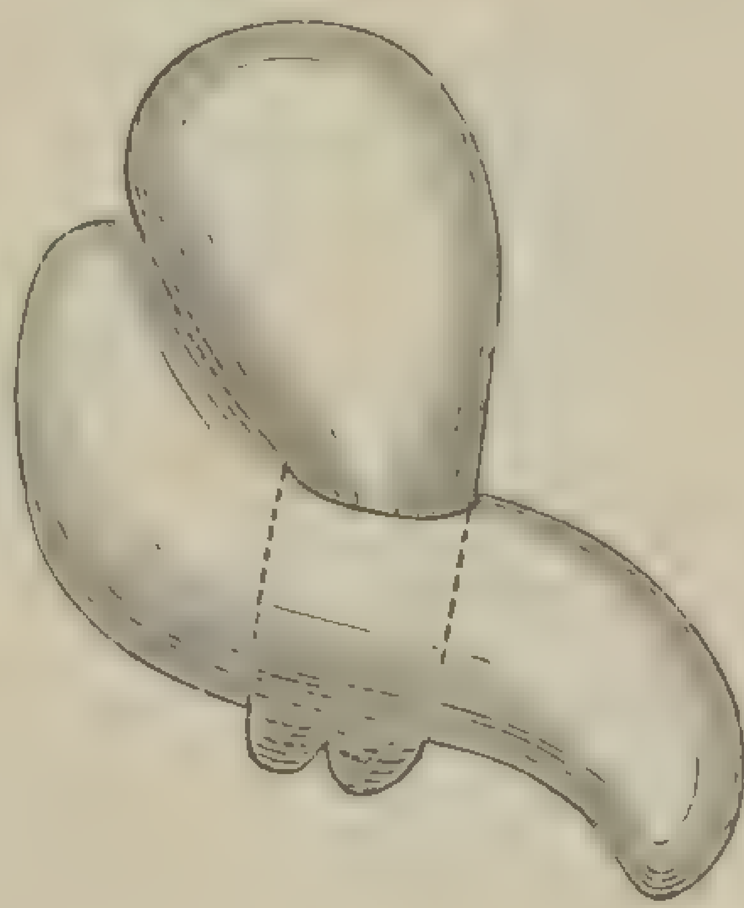


Fig. 129.—Utero en retroflexion en el pesario de Hurd.

El pesario de aire de Hoffman, construido de goma elástica (Fig. 108) presta asimismo buenos servicios momentáneamente en estos casos. Cuando la sensibilidad es escesiva, suele ser mas prudente llenar el fondo de la vagina de algodon ó esponja medicamentosa, elevando el útero en su totalidad como se previno al tratar de la retroversion. Empleando este método por algun tiempo, pronto se tolerará un pesario.

Tratamiento de la retroflexion irreducible.—La anteflexion es probablemente muchas veces un estado congénito, ó bien ha existido por tan largo tiempo durante la vida de la jóven, ántes de ser descubierta, que la incurvacion anterior viene á constituir una deformidad uterina irreducible. Esto sucede algunas veces, aunque con mucha ménos frecuencia, en la retoflexion, que suele ser reducible, si el cuerpo del órgano no se halla fijado por pseudo-membranas producidas por una peritonitis leve. A veces, en un caso dado, es difícil determinar la causa de la permanencia de la dislocacion ; pero en general se puede decir que el útero no se moverá de su posicion en la pélvis cuando aquella es ocasionada por adherencias de pseudo-membranas; miéntras que si proviene de la contraccion del tejido uterino mismo, la matriz cambiará sus relaciones con la pélvis, pero no las anormales que existen entre el cuerpo y el cuello.

Cuando la incurvacion es resultado de una alteracion parenquimatosa, no debe emplearse ningun proceder quirúrgico ; conformándonos con inclinar cuidadosamente el cuerpo hácia adelante, una ó dos veces á la semana, con el repositor ó la sonda, y con mantenerlo en dicha inclinacion anterior por medio del pesario de retroflexion que representa la Fig. 127, ó de la modificacion del de Cutter.

Si el útero en retroflexion se encuentra fijado por adherencias de pseudo-membranas antiguas, y los padecimientos causados por la deformidad no reclaman imperiosamente la reduccion, lo mejor será dejar al órgano en su posicion anormal; pero si la afeccion compromete la salud ú ocasiona malestar y dolores tales que parezca justificable correr el riesgo de despertar una peritonitis, se procederá á la reduccion por el método siguiente. Sometida la enferma al sueño anestésico y colocada en la posicion lateral izquierda, se dilata el esfínter del ano con los dedos pulgares; en seguida se introducen en el recto los dedos índice y del medio de la mano derecha, vuelta la superficie palmar hácia el sacro, y se empujan hácia arriba hasta que toquen el cuerpo de la matriz en flexion, sobre el cual ejercerán una compresion continua hasta que se enderece el órgano ; y entónces, haciendo que los dedos describan un arco de círculo en direccion al púbis, la superficie esterna de las uñas se hallará en contacto con el cuerpo del útero, que empujarán hasta ponerlo en una posicion anterior. Hecho esto, se introduce una esponja fina y húmeda, que llene el espacio vaginal posterior al cuello; y se la empuja hácia arriba de modo que apoye el cuerpo, por medio de un tapon de algodon en la vagina. La enferma se mantendrá en completo reposo; y se le calmará el dolor administrándole bastante opio, como preventivo de la peritonitis.

Látero-flexion.

El útero suele doblarse á la derecha ó á la izquierda, á consecuencia de una compresion directa ó de una enfermedad de su tejido; pero es

raro que esta forma de dislocacion llegue á tal grado que obstruya el trayecto uterino. Su importancia principal es con respecto al diagnóstico; pues es fácil equivocarla con una flegmasía peri-uterina ó un tumor fibroso; aunque basta siempre á disipar toda duda la palpacion combinada con el tacto vaginal, ó el uso del estilete uterino. El tratamiento de este mal debe conducirse exactamente por los mismos principios que nos sirven de guia en la anteflexion y retroflexion. De todas las formas de incurvacion, esta es la que mas á menudo reclama el uso del tallo intra-uterino; pues es sumamente difícil, y hasta podría decirse rara vez posible, vencerla con un pesario vaginal. Cuando esta necesidad se presenta, ya en casos de retroflexion ya de flexion lateral, hago uso del tallo intra-uterino que va representado por la Fig. 130; siendo sostenido el fondo del útero en parte por el pesario, y no esclusivamente por el tallo.

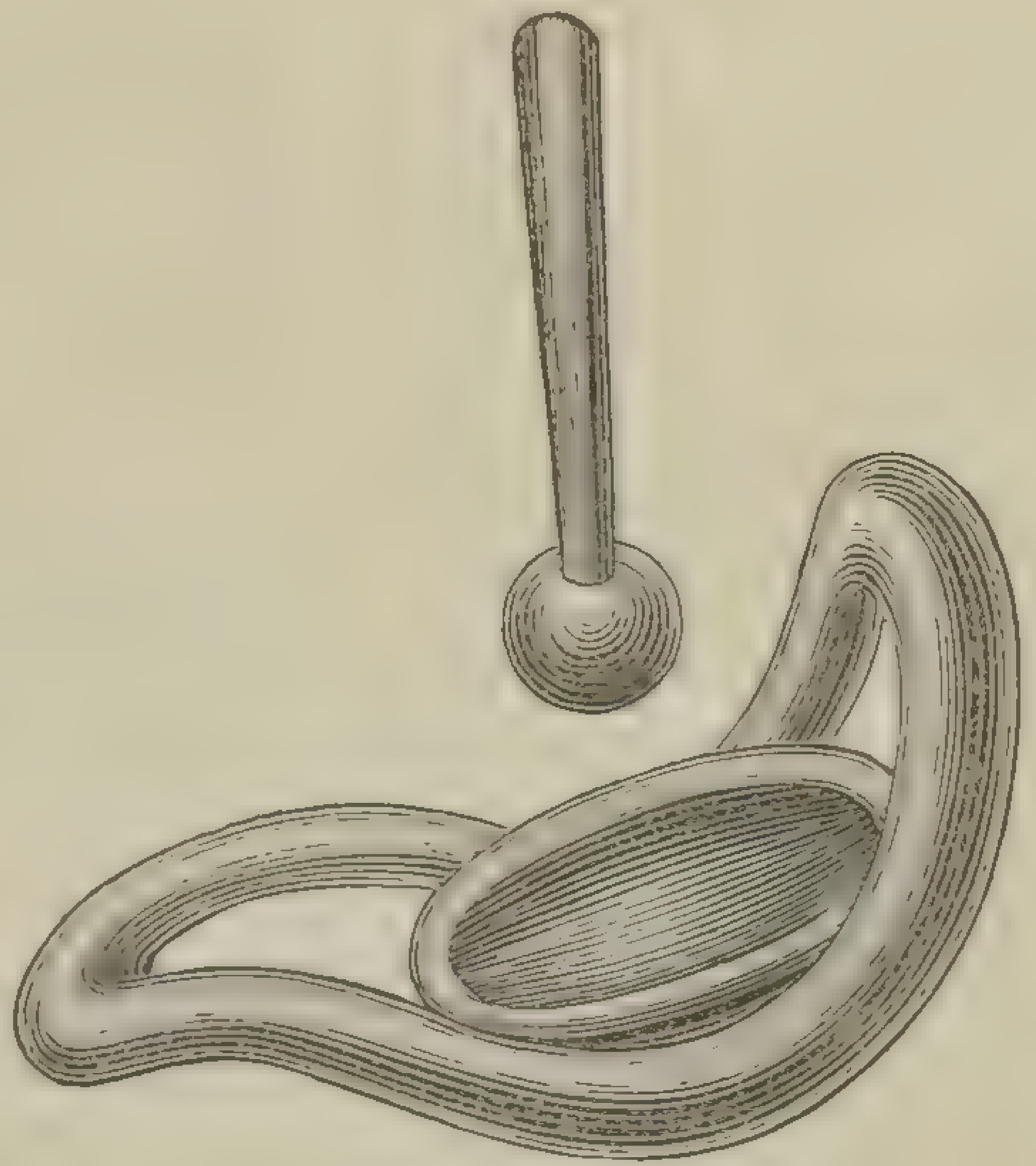


FIG. 130.

CAPÍTULO XXVI.

INVERSION DE LA MATRIZ.

Definicion.—Esta forma rara y peligrosa de dislocacion consiste en salirse afuera la superficie interna del útero. Así como en un saco se puede hacer que el fondo, empujándolo, salga por la boca, de manera que la superficie interna venga á ser esterna, del mismo modo puede trastornarse el útero; y este accidente constituye la enfermedad de que vamos á tratar.

Variedades.—Los autores no están acordes en la clasificacion de las variedades de este mal, describiendo algunos tres formas, y otros cuatro. Todas, sin embargo, pueden, bajo el punto de vista de la práctica, clasi-

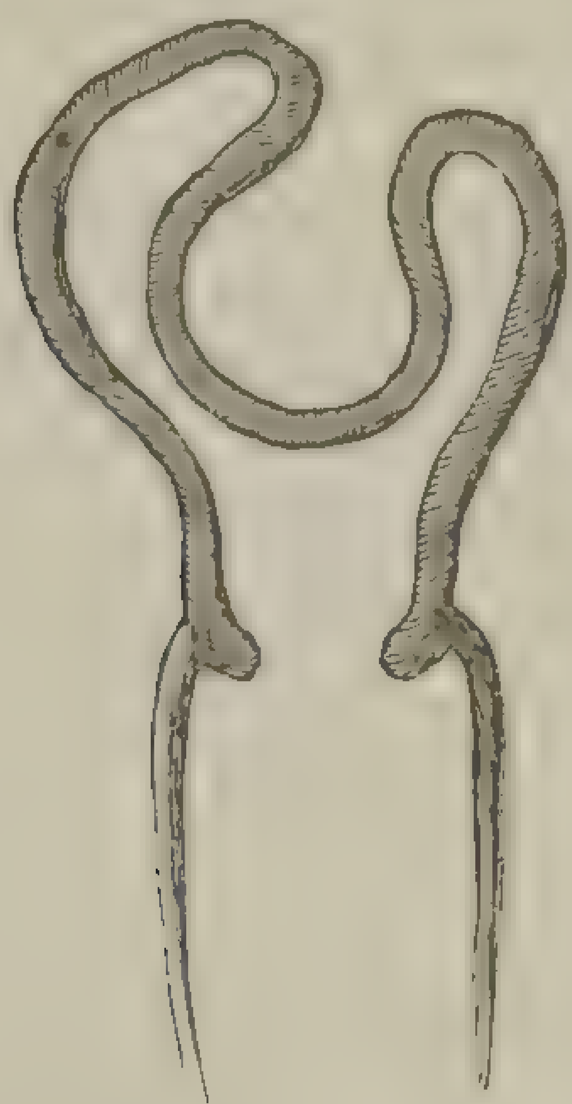


Fig. 131.—Inversion parcial.

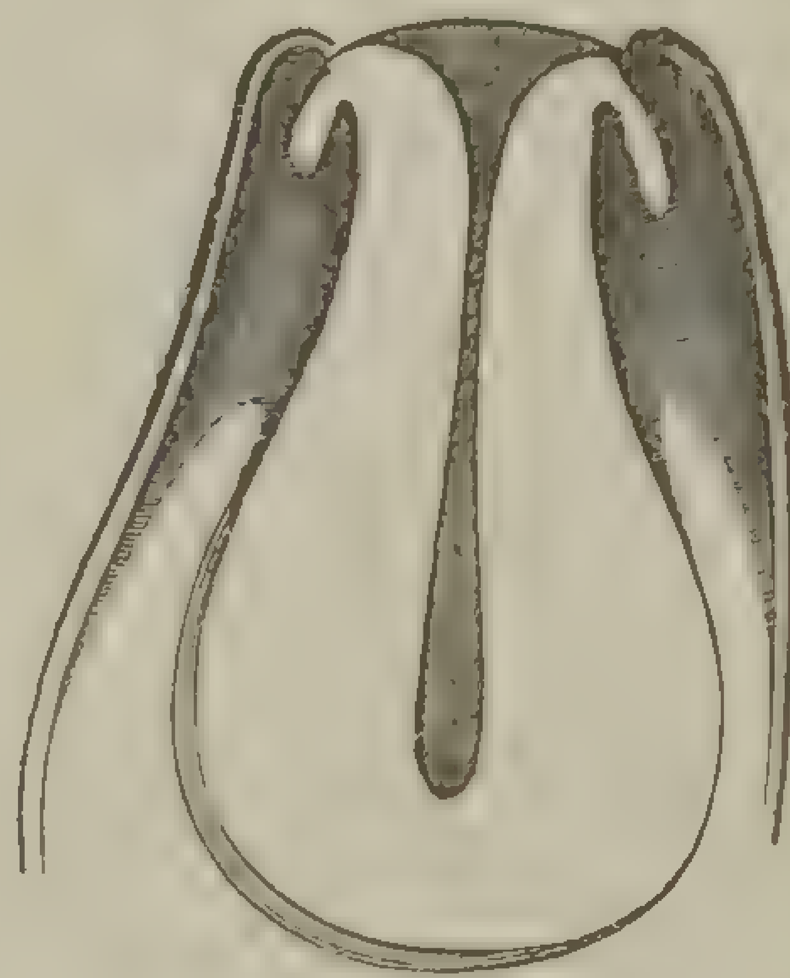


Fig. 132.—Inversion completa.

ficarse en dos denominaciones: parcial, y completa. En la primera el cuerpo ha sido deprimido, pero no ha franqueado el orificio; en la segunda la matriz se ha vuelto completamente hácia afuera, y el fondo y cuerpo invertidos cuelgan en la vagina, ó entre los muslos, *velut scrotum*, como dice Hipócrates. La Fig. 131 representa la primera forma del accidente, y la Fig. 132 la segunda.

Además de las variedades mencionadas, debe dividirse este accidente en agudo y crónico, ó repentino y gradual, segun que se produzca súbita ó lentamente.

Anatomía.—Al tratar de las incurvaciones de la matriz, hicimos la advertencia de que el carácter resistente del parénquima del cuello, que sostiene el cuerpo y el fondo del órgano, es lo que en mayor grado impide que se efectúen. Una funcion análoga de toda la estructura del útero mantiene cerradas las cavidades del cuerpo y del cuello y estorba la inversion. Si la fuerza que en el útero impregnado llamamos *contractilidad*, y en el organo vacío *tono*, se deteriora considerablemente, el cuerpo uterino, privado de apoyo, se inclinará anterior ó posteriormente ; y si dicha fuerza falta del todo, el fondo, bajo la influencia de la traccion, ó de una compresion hácia abajo, puede franquear el orificio, que no le opone resistencia, y presentarse en la vagina, constituyendo la inversion. Este hecho me fué demostrado perfectamente una vez en un cadáver en que fuí llamado á practicar la version, poco despues de la muerte de la mujer. Estraida la criatura, la siguió en derechura el útero, invirtiéndose completamente sin que se hubiese desprendido la placenta.

Patología.—Dos son los elementos que dan lugar á este accidente:

1°. Relajacion é inercia de las paredes uterinas ;
2°. Traccion ó compresion hácia abajo.

El primero de estos puede ser un estado primitivo, ú ocasionado por la influencia debilitadora del segundo ejercida durante algunos meses. Por ejemplo, las paredes uterinas, á consecuencia de inercia inherente, suelen quedar relajadas y desprovistas de tono despues del parto ; ó bien su tejido puede ser firme y resistente en el estado de vacuidad, y sin embargo, ceder con el tiempo á la traccion y dilatacion causada por un pólipo fibroso grande, adherido al fondo.

En atencion al limitado espacio que puedo dedicar á este asunto, me es imposible presentar las diversas teorías con que se ha querido esplicar el mecanismo de la inversion ; y por otra parte, su enumeracion, aunque la hiciese, de nada serviría al estudiante. Me limitaré, pues, á mencionar aquellas que me parecen poseer alguna importancia ó verdadero valor práctico.

Las tres teorías sobre que llamaré la atencion son las siguientes :

1ª. Que una parte del cuerpo relajado desciende, y franqueando el cuello, arrastra tras sí el cuerpo uterino entero.

2ª. Que una parte del cuerpo relajado, hallándose en prolapso, provoca contracciones uterinas que obligan las partes restantes á franquear la cavidad del cuello, verificándose así la inversion completa del órgano.

3ª. Que la traccion lateral y compresion directa esperimentada por un cuello cuyos tejidos se encuentran anormalmente flojos, causan la eversion, ó renversamiento, de esta parte, y sucesivamente el de todo el útero.

La primera de estas teorías es la mas antigua, y aun en la actualidad es la que mayor número de partidarios cuenta, relativamente al

mecanismo de la inversion. Segun ella, se suponía por lo general, que el medio era la parte del fondo que se invertía primero. Pero Oldham y Kiwisch niegan esto, y sostienen que primero se invierte uno de los ángulos, en seguida el fondo, luego el otro ángulo, y despues todo el cuerpo. Yo he observado un caso que demuestra incontestablemente que la inversion se efectúa, si no siempre, por lo ménos algunas veces, de este modo. Una mujer que había padecido menorragia durante algunos años, acudió al Profesor C. A. Budd, de Nueva York, con motivo de su enfermedad, y este, al examinarla, descubrió una cosa que tomó por un pólipo fibroso, del tamaño de un huevo de gallina, adherido á la cavidad del útero cerca de la embocadura del oviducto derecho. Establecido, como él supuso, con toda exactitud el diagnóstico diferencial entre el supuesto pólipo y una inversion parcial, lo estirpó con el *écraseur*, y conoció entónces que lo que había separado era uno de los ángulos del útero, con una parte del oviducto correspondiente y del ligamento redondo. Tratábase de una inversion parcial, no susceptible de diagnosticarse ; la operacion alivió completamente la menorragia que acompañaba á la lesion, y la enferma se mejoró muy pronto.

Cuando el accidente principia de este modo, el ángulo invertido arrastra tras sí el resto del órgano con mas ó ménos rapidez ; y por eso es fácil no echar de ver la manera de efectuarse la inversion. Rokitansky, refiriéndose á las contracciones uterinas despues del parto, describe como sigue la inversion parcial, que observó dos veces : "Debe mencionarse aquí una circunstancia muy estraordinaria, que, á causa del peligro consecutivo, puede llegar á ser importante, y aun inducir á error en la autopsia ; es decir, la parálisis de la region placentaria del útero, que ocurre al mismo tiempo que se efectúa el proceso ordinario de reduccion en las partes adyacentes, y que presenta un aspecto muy particular. La contraccion del tejido que la rodea hace que la parte á que está adherida la placenta caiga en la cavidad del útero y forme un tumor de figura cónica; notándose un ligero hundimiento en el punto correspondiente de la superficie esterna de la matriz. El segmento paralizado del órgano se asemeja tanto á un pólipo fibroso, que puede fácilmente dar lugar á error en el diagnóstico; y es imposible establecer la distincion sino en virtud de un exámen atento del tejido. El mal causa siempre una hemorragia que dura algunas semanas despues del parto, y llega á ser mortal por el agotamiento de las fuerzas."

Desde los tiempos de Astruc se ha sostenido en diversas ocasiones la teoría de que la contraccion activa de la matriz suele producir la inversion de esta. "Algunas veces, dice Astruc, es producida por la contraccion del útero que vuelve el fondo de dentro á fuera, por la boca del útero que aun no se ha cerrado." La contraccion regular de la matriz, por violenta que fuese, sólo predispondría á la oclusion de la cavidad uterina ; pero si ocurre una inversion parcial, ó proyeccion in-

terna como la que menciona Rokitansky en las líneas que trascribímos ántes, obrará del mismo modo que la placenta, la mano del médico, ó cualquiera otro cuerpo inserto en la cavidad, escitando esfuerzos espulsivos que al fin pueden arrojar fuera del orificio esterno la parte introvertida; lo cual, si se efectúa, constituye una inversion completa, y si no, puede continuar el trastorno en estado de inversion parcial. Esta teoría, sostenida por el difunto Dr. Tyler Smith, esplica, á mi modo de ver, de una manera mas satisfactoria que otra ninguna hasta ahora emitida, la paradoja aparente de la inversion con contracciones uterinas tónicas.

Yo mismo cuento en mi práctica un caso que se presentó despues del parto, demostrando así que lo que acabo de describir se verifica en efecto, por lo ménos, algunas veces.

Otra teoría bastante ingeniosa, con que el Profesor I. E. Taylor ha querido esplicar el fenómeno de la inversion, es que esta comienza á veces en el cuello ya en estado de renversamiento, ó inversion progresiva, (como sucede en el prolapso,) que continúa desenvolviéndose hasta dejar completa la introversion del órgano entero.

Hállase tambien mencion en las obras de autores anteriores á Taylor, de la posibilidad de verificarse de este modo la inversion. Oigamos á Klob: "hay una categoría de casos, muy notable, en que el cuello, introvertido, sin causa eficiente, en la vagina, arrastra tras sí el fondo de esta última, formando en su conducto un tumor semejante á un pólipo, que suele llegar hasta la vulva, y en cuyo estremo inferior se encuentra el orificio interno." Mr. William Lawrence refirió en el *London Medical Gazette*, de Diciembre 5, de 1838, bajo el título de "Inversion Parcial Espontánea del Utero," un caso muy curioso; pero no cabe duda de que á Taylor pertenece la gloria de haber llamado debidamente la atencion sobre la materia y dado á conocer sus relaciones patológicas probables; y digo "probables," porque todavía no se ha demostrado su exactitud; aunque las acepto, porque mis observaciones me inclinan á considerar exactas las deducciones del Dr. Taylor.

Causas predisponentes.—Todo cuanto destruye el tono y resistencia del parénquima uterino viene á ser causa predisponente de esta lesion; y pueden mencionarse como ejemplos:

Parto;
Distension del útero por retencion de flúidos;
Distension del útero por tumores;
Reblandecimiento esponjoso del tejido en prolapso (?).

Causas escitantes.—Cuando causas fisiológicas, patológicas ó mecánicas han destruido el tono de las paredes del útero, este pierde todas las influencias normales que se oponían al renversamiento; y así puede decirse, que todo lo que distiende y relaja los tejidos del órgano, lo predispone de tal modo á la inversion, que esta suele ser producida por una

causa determinante muy ligera; pudiendo, por ejemplo, ser resultado directo de cualquiera traccion ó compresion fuerte, ejercida en el fondo de un útero afectado, aunque de un modo poco considerable, de la manera que acabamos de indicar. Las causas escitantes pueden referirse como sigue:

Traccion esperimentada por la placenta;
Traccion ejercida por tumores ó pólipos;
Estraccion súbita de la criatura por traccion;
Esfuerzos musculares cuando está el órgano relajado;
Prolapso uterino (?).

Se han referido ejemplos provenientes de todas estas causas, aunque el mayor número, con mucho, de estos casos han ocurrido despues del parto. El Dr. Crosse, de Norwich, en Inglaterra, reunió datos de 400 casos, de los cuales 350 se verificaron á consecuencia del parto, y 40 de los 50 restantes provinieron de pólipos; pero esta frecuencia desproporcionada no invalida que la lesion haya resultado y pueda resultar de las otras causas mencionadas. El accidente ocurre por lo regular muy poco despues del parto, aunque, segun Ané, y Baudelocque, se ha presentado en el tercero, y segun Leblanc, en el décimo dia despues.

Es evidente que la traccion y el relajamiento bastan, cuando van unidos, para provocar el mal, que por lo general es resultado de la combinacion de ámbos elementos. Ahora, se preguntará si cada uno de ellos puede por sí determinar la lesion, y la respuesta podrá ser afirmativa en cuanto á la eficacia del segundo, puesto que una causa determinante de poca entidad, como la tos, un estornudo, ó un cambio de posicion, basta para originar el daño, si existe una relajacion completa. De la posibilidad de que un grado de fuerza cualquiera invierta un útero que no se halla ni dilatado ni en estado de preñez, se ha dudado mucho; pero si bien á primera vista todos se inclinarán á espresar una opinion absolutamente negativa respecto de ella, las pruebas que existen á su favor son demasiado poderosas para pasarlas por alto; y esto nos mueve á presentar al lector unas cuantas de ellas.

Puzos[1] leyó en la Academia de Medicina de Paris, en 1744, una memoria en que manifestó haber observado el accidente en mujeres que nunca habían tenido hijos; Boyer[2] menciona el caso de una mujer cuya matriz no contenía ningun cuerpo estraño; y Daillez[3] dice que Baudelocque observó otro en una jóven de quince años, en que la presencia de un hímen perfecto demostraba la imposibilidad de que hubiese habido un parto clandestino.

La historia del caso que voy á referir, se la debo al Profesor Willard Parker, de esta ciudad.

[1] Colombat on Females, Meigs, p. 182. [2] Traité des Mal. Chirurgicales.
[3] Colombat, ob. cit.

Una jóven que, siete ú ocho años ántes, había tenido un hijo, y en la cual nunca se había descubierto la existencia de ninguna enfermedad uterina, al hacer un esferzo violento, jugando á los bolos, sintió de súbito como si algo hubiera cedido en su interior, y esperimentó despues un dolor intenso, quedando en completa incapacidad para moverse. El Dr. Parker, á quien acudieron para que viese á la enferma, convino, despues de un exámen rápido, en la opinion del facultativo á cuyo cuidado se hallaba aquella, de que lo que le colgaba en la vagina era un pólipo espelido repentinamente; y obrando de conformidad con esta idea, separó la masá en su totalidad. Mas, ¡ cuál no fué su sopresa al ver que lo que tenía en la mano era el útero invertido, con las trompas y ligamentos ! La mujer se restableció sin esperimentar síntomas desfavorables, y menstruó despues con regularidad.

La menstruacion no es nada rara despues de la amputacion de la matriz, pues hay que tener presente que no se estirpa todo el órgano, y que el flujo se verifica por la parte que queda.

Es muy difícil por cierto convenir en que la inversion pueda comenzar en el cuerpo de un útero que no se halla dilatado. En estos casos es probable que precediese al accidente alguna influencia dilatante que se escapara á la observacion; y es ciertamente muy ingeniosa la idea sugerida por Colombat de que en casos de esta naturaleza la hidrómetra, la fisómetra, y la retencion de los menstruos deben haber causado una dilatacion, que seguida de una compresion inmediatamente despues del escape del aire ó el líquido aprisionado, dió orígen al accidente. En casos semejantes es probable que la inversion principie en el cuello y se complete de la manera indicada por Taylor.

Por último, el hecho de la inversion espontánea de un útero que no se encuentre dilatado, no es mas sorprendente que el de la reduccion espontánea de otro que haya estado invertido largo tiempo; y de esto último no es justo que dudemos teniendo á la vista el testimonio positivo de hombres científicos y de buena fe. La validez de estos dos fenómenos se ha negado recientemente; pero nada es mas fácil que rechazar el testimonio de otros y no dar crédito á ajenas deducciones. Cuando De La Barre dió cuenta á la Academia de Cirujía de su caso de reduccion espontánea, se dió á Baudelocque la comision de examinarlo; y este lo declaró "totalmente falso;" pero habiendo observado algunos años despues un caso casi análogo, tuvo que dar á sus propios sentidos el crédito que arrogantemente había negado á la asercion de otro.

Síntomas.—Si la inversion se verifica repentinamente, despues del parto, por ejemplo, la enferma se queja de molestia cerca de la vulva, desfallecimiento y perturbacion nerviosa; hay hemorragia y tendencia al colapso; y puede sobrevenir la muerte si no se emplea muy pronto el tratamiento debido. Si la inversion es completa, el exámen físico establecerá desde luego el diagnóstico, encontrándose entre los muslos de la enferma un tumor grande, flojo y globuloso, quizás con la placenta

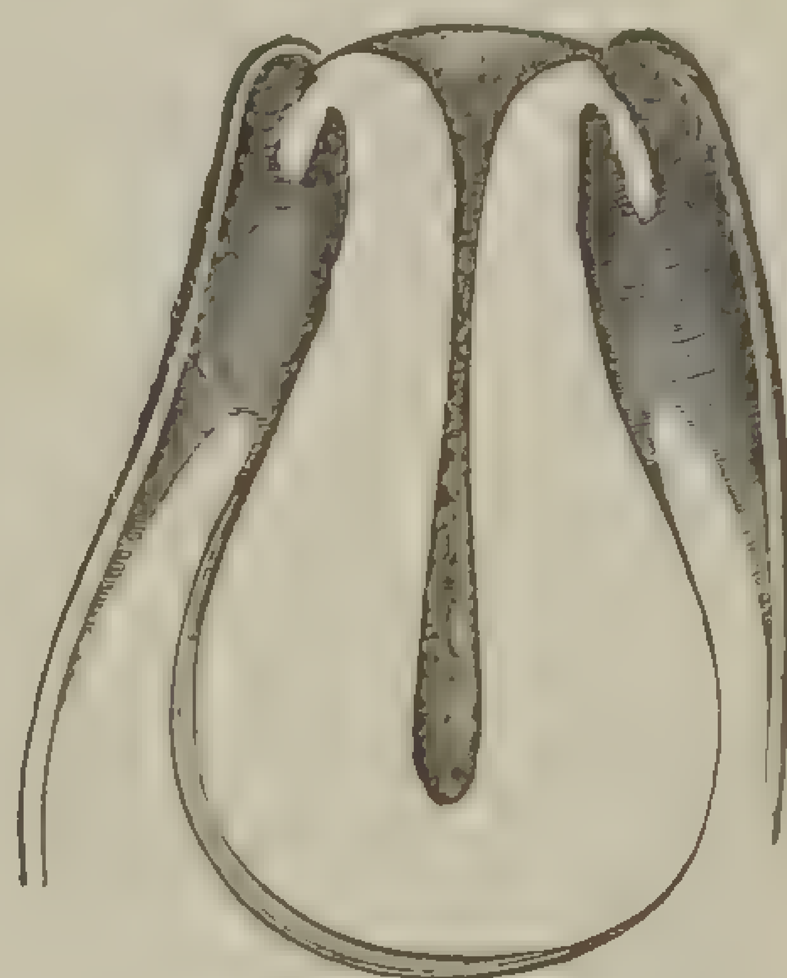
adherida á su superficie. Sin embargo, algunas veces, no se habrá diagnosticado la lesion al momento de efectuarse, y meses ó tal vez años despues, se llama al médico para que determine la naturaleza del caso, el cual probablemente presentará entónces los síntomas siguientes:

Hemorragia constante ó periódica;
Dolores tirantes en la espalda y lomos;
Dificultad al andar;
Dificultad al defecar y orinar;
Anemia, y sus males concomitantes.

Signos físicos.—La esploracion física es indispensable para determinar la verdadera causa de los fenómenos que anteceden, puesto que son igualmente propios de los pólipos, los tumores fibrosos y el cáncer. Cuando la inversion es completa, introduciendo el dedo en la vagina se percibe un tumor que el médico al punto comprendará puede ser, bien el cuerpo dislocado de la matriz ó bien un pólipo; debiendo proceder en seguida á formar el diagnóstico diferencial.

SI FUERE PÓLIPO.	SI FUERE INVERSION.
El estilete uterino pasará las mas veces por su lado penetrando en el útero;	El estilete se detendrá en el cuello;
La palpacion y el tacto vaginal combinados revelarán el cuerpo uterino;	La palpacion y el tacto vaginal combinados revelarán un anillo en el punto en que debiera encontrarse el útero;
El exámen por el recto revelará la matriz en su lugar;	El exámen por el recto no revelará la matriz en su lugar;
La esploracion recto-vesical revelará la presencia del útero;	La esploracion recto-vesical no revelará la presencia del útero;
La acupuntura [1] no producirá dolor.	La acupuntura producirá dolor.


Fig. 133.—Pólipo.


Fig. 134.—Inversion.

[1] Gueniot, Arch. Gén. de Méd., 1868, t. ii., p. 393.

En ciertos casos raros, el pedículo de un tumor fibroso grande, adherido á uno de los labios del cuello, desarrolla en la cavidad de este una flegmasía que, terminando en completa adhesion, hace imposible introducir el estilete por ninguna parte ; lo que hará suponer que se trata de una inversion. La Fig. 133 esplica claramente cómo puede verificarse esto, dando lugar á mucha perplejidad. Yo he observado dos casos de este género, uno en compañía del Dr. Byrne, de Brooklyn, y otro con el Dr. Ross en mi clínica ; y en uno y otro el reconocimiento del cuerpo uterino sobre el tumor me alentó á hacer pasar el estilete á traves del tejido que rodeaba el pedículo de la escrecencia ; con lo cual conseguí que penetrase en la matriz, demostrando así incontestablemente la naturaleza del caso.

El diagnóstico de la inversion parcial es siempre difícil, particularmente en las mujeres obesas. La distincion entre el accidente y un tumor fibroso dependerá de los signos que siguen :

SI FUERE TUMOR FIBROSO.	SI FUERE INVERSION PARCIAL.
El estilete revelará la dilatacion de la cavidad uterina ;	El estilete revelará la disminucion de la cavidad uterina ;
La palpacion y el tacto vaginal combinados, con el método de Simon, revalarán la redondez del globo uterino ;	La palpacion y el tacto vaginal combinados, con el método de Simon, revelarán un anillo abdominal pequeño ;
Su desarrollo habrá sido gradual ;	Se habrá presentado mas repentinamente ;
No tendrá relacion con el parto ;	Suele ser consecutivo al parto ;
La acupuntura no causa dolor.	La acupuntura causa dolor.



Fig. 135.—Pólipo fibroso.

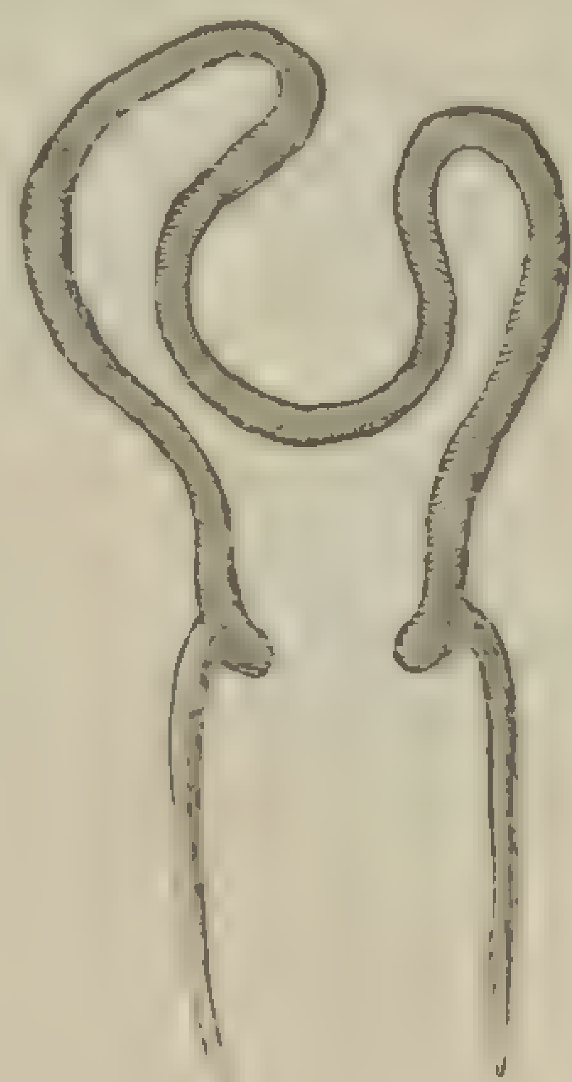


Fig. 136.—Inversion parcial.

Curso, duracion, y terminacion.—La marcha, duracion y modo de terminar la lesion son cosas muy variables. Cuando es consecutiva al parto, si no se combate, puede determinar una hemorragia y agotamiento de las fuerzas que produzcan la muerte en muy poco tiempo ; ó bien puede continuar durante muchos años, sin acarrear notable mo-

lestia ; ó persistir asimismo por años, acibarando la vida de la enferma, por la hemorragia y otros síntomas compañeros. Puede sentarse como regla general que la inversion continúa hasta que se la combate con el tratamiento ; aunque tambien esta regla padece escepcion algunas veces. Sabido es que el útero invertido ha verificado su reduccion espontáneamente, por sus propias contracciones, años despues de ocurrida la lesion, y habiendo sido esta consecutiva al parto ; de lo cual hasta ahora se tiene noticia de doce casos : tres observados por Meigs,[1] y uno por cada uno de los siguientes médicos : Spiegelberg,[2] Leroux,[2] De La Barre,[2] Thatcher,[2] Rendu,[2] Shaw,[2] Beaudelocque,[3] Foujen,[4] y Huckins.[5] Sin embargo, la reduccion espontánea debe considerarse solamente como curiosidad, y no como resultado con que deba contarse, á pesar de los ejemplos referidos y que no pueden ponerse en duda.

Pronóstico.—El de la inversion crónica nunca deja de ser grave. Las hemorragias repetidas y prolongadas debilitan á la enferma, esponiéndola no sólo á todos los peligros acarreados por los pólipos uterinos mas temibles, pues, además de los peligros de la dislocacion misma, son muy grandes los que se siguen de un error en el diagnóstico. Los métodos de distincion son numerosos y eficaces, para el que se haga cargo de la posibilidad de confundir este mal con un pólipo fibroso ; pero es muy probable que el diagnosticador impetuoso y descuidado caiga en el error ; pues, como ni siquiera le pasa por la imaginacion la idea de poder equivocarse, no aprecia cual debiera la realidad que se presenta á sus sentidos.

Estraño es que, á pesar de tantos métodos de distincion como existen, se padezcan tantos errores en el diagnóstico ; errores que con frecuencia han dado lugar á que se ampute un útero invertido, creyéndolo un pólipo fibroso ; pero esto nace, como ántes hemos dicho, de no querer convenir en la posibilidad de error. De 58 casos de inversion referidos en el *Beiträge zur Geburtskunde und Gynäkologie*, y en que se practicó la amputacion, 7 fueron tomados por pólipos.

Pero aun cuando el diagnóstico sea exacto, el desgarrar la vagina en las tentativas para reducir un útero invertido, es otro peligro inminente que amenaza á la enferma ; y para evitarlo es indispensable que á un conocimiento íntimo de la materia, reuna el facultativo una mano pequeña, un cerebro imperturbable y cauteloso, y una vigilancia constante miéntras practica la táxis ; y aun así y todo, no deja de sorprenderme, por lo que he visto de estos casos, que el referido accidente no haya ocurrido con mucha mas frecuencia. Confieso que yo preferiría

[1] Obstetrics.

[2] Artículo del Profesor Spiegelberg, "Arch. für Gynäkologie," Amer. Jour. Obstet., Agosto de 1873.

[3] Daillez, Tésis.

[4] Weiss, Des Réductions de l'Inversion, etc.

[5] Carta del Dr. Jason Huckins, de Maine, E. U., al autor.

someter á una enferma, por quien me interesara mucho, al procedimiento de la seccion abdominal, que describiré mas adelante, que al de una táxis prolongada en manos de un práctico brusco, inesperto, y de escasa inteligencia ; y aunque esta opinion parezca exagerada é insostenible al que por primera vez considere la materia, la emito despues de madura reflexion.

A veces, las esperanzas al parecer mejor fundadas de poder reducir el útero se ven frustradas por el obstáculo insuperable de adherencias. Hubo un caso en que Velpeau,[1] despues de separar un pólipo implantado en un útero invertido, no pudo absolutamente reducir el órgano ; y la enferma murió de peritonitis.

Tratamiento.—Tres son los métodos que pueden adoptarse en el tratamiento de la inversion :—

1°. Dejar el órgano en su posicion anormal, conteniendo la hemorragia á beneficio de hemostáticos.

2°. La reduccion del útero invertido por medio de la táxis, de la presion elástica por la vagina, ó combinando ámbos métodos.

3°. La amputacion de la matriz, si no se ha logrado alivio con ninguno de los medios indicados.

Métodos para contener la hemorragia, quedando el útero in sitú.—Cuando se ha intentado en vano repetidas veces la reduccion, el punto que ha de determinar el operador es si se debe amputar el órgano invertido, ó dejarlo en su posicion anormal, tratando de combatir sus malos resultados. El mayor de estos es incuestionablemente la hemorragia, que siempre agota las fuerzas de la enferma ; pero otros, ménos importantes, provienen de la tirantez que el útero hace esperimentar á sus ligamentos, y de la molestia mecánica acarreada por un tumor en la vagina. Todos podrán disminuirse con la atrofia y la cesacion de los menstruos, si está cercana la menopáusis ; pero, en siendo jóven la enferma, acaso se logren los mismos resultados hasta cierto punto por medios artificiales.

El volúmen y la disposicion á sangrar de las escrecencias mas vasculares, como las hemorroides y nævi, por ejemplo, pueden disminuirse con los astringentes ó escaróticos, que destruyen los vasos varicosos superficiales y dejan abajo un tejido ménos vascular. El mismo efecto puede producirse en el útero invertido, no sólo con la mira de contener la hemorragia, sino con la de determinar la atrofia, haciendo así desaparecer, en cierto grado, las dos causas de padecimiento.

Las disoluciones de alumbre, tanino, persulfato de hierro, ó acetato de plomo, pueden emplearse ventajosamente en forma de inyecciones intra-vaginales, de manera que bañen abundantemente el útero ; ó bien ponerse en contacto con este por medio de planchuelas de algodon. Si estos medios no contuvieren el flujo, podrá recurrirse al método, pro-

[1] Becquerel, ob. cit., p. 306.

puesto por Aran, de cauterizar toda la superficie sangrienta; lo que se ejecuta trayendo el tumor hácia abajo, para esponerlo á la vista cuanto sea posible, y tocando su superficie con el cauterio actual, la potasa cáustica, ó los ácidos minerales. En seguida se baña el órgano con algun líquido neutralizador; y envolviéndolo despues en hilas, á fin de proteger las paredes de la vagina, se repone en la pélvis. Aran asegura que con este método no sólo se contiene la hemorragia, sino que se disminuye notablemente el tumor; y aunque yo jamas lo he visto emplear, no por eso vacilaría en probarlo en un caso en que lo considerase indicado. Lo recomiendo, además, como eminentemente racional, y se convendrá en que debe prestársele la debida consideracion, si se tiene presente que la amputacion es la única alternativa que nos queda.

Muchos casos se han referido en que la mucosa uterina ha cambiado de aspecto en términos de asemejarse al cútis, viviendo la enferma muchos años sin padecimiento. El Dr. Alexander H. Stevens tuvo un caso á su observacion por mas de treinta años; el Dr. Charles A. Lee diagnosticó otro que había permanecido ignorado veinte y cinco; y en las obras de autores antiguos se halla mencion de otros muchos ejemplos de esta naturaleza. Si fuere posible establecer un estado análogo por medios artificiales, evitándose la ablacion del órgano, claro es que así obraremos del modo mas ventajoso para la enferma; y al efecto puede recurrirse á la cauterizacion.

Métodos para reducir el útero.—No se sabe de fijo si se tenía bastante conocimiento de la inversion del útero ántes de los tiempos de Ambrosio Paré. Sus sucesores la han descrito por estenso, apreciando debidamente todos sus caractéres patológicos, y diversos fenómenos y peligros. Pero desde la época de Paré, que vivió á mediados del siglo décimo-sesto, hasta nuestros dias, aunque se hicieron grandes adelantos en la parte científica del asunto, muy poco se logró en cuanto al tratamiento; y si bien no se ignoraba la posibilidad de reducir por la táxis un útero recien invertido, no se conocía otro recurso que la amputacion para aquellos en que el órgano había estado años, ó aun meses, dislocado.

El haberse demostrado que este accidente puede tratarse con medidas conservadoras, y que por medio de la táxis es posible efectuar la curacion y evitar la necesidad de un proceder quirúrgico mutilador, es ciertamente uno de los muchos triunfos de la ginecología en el siglo diez y nueve.

Los primeros casos de inversion crónica reducidos felizmente por la táxis fueron, hasta donde he podido averiguar, los que Colombat refiere en las líneas siguientes:[1] "El Dr. Daillez[2] dice en su disertacion que el cirujano Labarre De Benzeville efectuó la reduccion en el octavo mes,

[1] Colombat, ed. am., p. 186. [2] Daillez, Tésis publicada en 1803.

y Baudelocque al cabo de ocho años." El primer caso en que se logró buen éxito, en tiempos mas modernos, fué en 1847.[1] Hacía mas de un año que existía la inversion, cuando M. Valentin pudo reducir en diez minutos el fondo dislocado, introduciendo la mano en la vagina y comprimiendo el abdómen con la otra. M. Canney,[1] en 1852, redujo del mismo modo un caso de cinco meses de duracion; y M. Barrier,[2] en el mismo año, alcanzó igual resultado en otro que había existido quince meses.

Puede decirse que hasta el año de 1858 la reduccion de úteros invertidos se había verificado sólo dentro de cortos períodos despues del parto; y aunque es cierto que se había efectuado alguna que otra vez la de una inversion crónica por la táxis ó la presion, estos casos se consideraban como fenómenos maravillosos y accidentales del tratamiento, y no como procedimientos sistemáticos que debieran ensayarse siempre. En aquella época el Profesor Tyler Smith, de Lóndres, redujo una inversion crónica, de doce años, por la táxis y la presion elástica; y el Profesor James P. White, de Buffalo, E. U., otra de casi seis meses, por la táxis solamente. Ninguno[3] de estos prácticos tenía entónces conocimiento de lo que el otro hacía, y á ámbos pertenece la gloria de haber sistematizado y utilizado en bien de la ciencia y de la humanidad, un método que ántes se practicaba de una manera descuidada é irregular. Poco despues de hechas sus publicaciones se refirieron en rápida sucesion, en diversos puntos del mundo, casos en que se había efectuado la curacion por la táxis solamente, ó combinada con la presion por medio de bolsas de aire, ó de agua, introducidas en la vagina; distinguiéndose entre dichos casos el de Noeggerath, de 13 años de duracion; el de Teale, de 2½ años; el de West, de 1 año; el de White, de 15 años; y el de Bockendahl, de 6 años. El gran ímpetu que el buen éxito de Smith y de White dió á esta materia, podrá apreciarse cuando se diga que todos los casos mencionados últimamente correspondieron á 1859. Las curaciones se han multiplicado con tanta rapidez en los diez últimos años, que es innecesario mencionar casos individuales en una obra como esta. Creo sí, que pasó ya el tiempo en que un jurado de sus colegas conceptuase irreprensible al práctico que no intentase la reduccion ó amputacion de un útero en inversion crónica, sin tener para ello algun motivo particular independiente de la simple dislocacion; pero no puedo resolverme á convenir en la osada prediccion hecha por White en 1872, de que "la presion ejercida, cual

[1] Tomado de *Ranking's Abstract*, t. vii, por G. Hewitt.

[2] Courty, Mal. de l'Utérus, p. 797.

[3] Siento que, si bien inadvertidamente, en las ediciones anteriores de esta obra, no se hizo toda la justicia debida al Dr. White. La falta de espacio no me permite esponer aquí los motivos que tengo para igualarlo al Dr. Smith en lo referente á este asunto; pero si alguno desea pormenores, los encontrará en un artículo del Dr. White en el *Richmond and Louisville Journal* de agosto, de 1872.

conviene en el fondo y continuada bastante tiempo, dará por resultado la reduccion, en todos los casos en que no haya adherencias."

Los mejores métodos de que disponemos para reducir un útero invertido, pueden referirse como sigue :—

Métodos de efectuar la reduccion gradual.	Presion por medio del tallo vaginal con embudo, ó pelota ; Presion elástica combinada con la táxis ; Presion elástica solamente ; Chorro de agua fria.
Métodos de efectuar la reduccion rápida.	Táxis segun el método de Viardel ; " " " " White ; " " " " Barrier ; " " " " Noeggerath ; " " " " Courty ; " " " " Thomas.

Ninguno de estos métodos deja de ofrecer peligros, y hasta la presion elástica ha desarrollado mas de una vez una peritonitis funesta ; pero la reduccion gradual es indudablemente ménos peligrosa que la rápida.

Antes de recurrir á uno de estos métodos, pueden ensayarse ciertas medidas preparatorias que tienen por objeto relajar el parénquima del cuello ó disminuir su resistencia. Una de estas es el uso de la belladona, ya en forma de inyecciones vaginales de la infusion, ya en forma de pomada con que se unta todo el cuello uterino, ó ya de supositorios introducidos en el recto. La otra es hacer dos ó tres incisiones longitudinales á traves de las capas superficiales del parénquima del cuello. Este método es muy antiguo, pues data desde Millot,[1] en 1773 ; y despues de este lo han recomendado Colombat, Gross, Sims, Barnes, y otros, en diversas ocasiones. La eficacia de la primera de estas medidas apénas admite duda ; y no queda ninguna con respecto á la de la segunda.

Reduccion gradual por el repositor.—El empleo de este método data desde Von Siebold ;[2] el cual usaba un tallo encorvado, que tenía una esponja fina en su estremidad interior, y se mantenía en posicion á efecto de un vendaje de T. Despues fué empleado repetidas veces con buen éxito, y en el dia se va restableciendo en favor, habiéndolo recomendado muy recientemente los Drs. Hicks y Barnes, de Lóndres. El primero de estos se vale de un estetóscopo macizo, cubierta su estremidad grande con goma elástica ; y el segundo, de un platillo de caucho fijo en un tallo encorvado : ámbos instrumentos se sujetan con un vendaje de T.

Reduccion por presion elástica.—Al difunto Dr. Tyler Smith se debe

[1] Taylor, ob. cit. [2] Ch. P. Weiss, Paris, ob. cit.

la demostracion del hecho importante, y á la verdad el mas importante, relativo á este asunto, á saber: que la reduccion de un útero invertido puede facilitarse notablemente por medio de la presion elástica. Digo "notablemente" porque Smith la combinaba con la táxis, miéntras que á Bockendahl, de Alemania, le era reservado el probar que dicha presion bastaba sola para efectuar la reduccion. El método del primero de estos autores consiste en introducir la mano en la vagina, por la mañana y por la noche, y hacer tentativas de reduccion durante diez minutos cada vez, manteniendo en el intervalo un pesario de aire en la vagina. Bockendahl confía simplemente en la presion elástica, y en esto aventaja mucho al método de Sims.

Chorro de agua fria.—Este método, si bien no ha sido ensayado lo suficiente para merecer confianza, no por eso deja de ser digno de mencion y consideracion. El Dr. C. Martin,[1] de Paris, valiéndose de él, redujo un útero invertido que había resistido á otros medios. Su método en este caso fué introducir dos veces al dia el spéculum alrededor del útero invertido, lanzando con fuerza sobre el fondo, mediante una jeringa, un chorro de agua fria; en seguida llenaba el spéculum de agua tambien fria, y mantenía sumergido en ella el útero tres ó cuatro minutos. Me inclino á creer que este método, á pesar de su sencillez, no se perderá de vista en lo sucesivo.

Los esfuerzos para reducir gradualmente el útero invertido pueden continuarse por tiempo indeterminado, cuyos límites fijará solamente el modo con que la enferma soporte el método empleado. En este capítulo se hace mencion de un caso en que se mantuvo la presion elástica por diez y ocho dias con feliz resultado; pero algunas veces no puede la enferma tolerar la presion elástica, ni la del repositor, por provocar su uso síntomas de peritonitis; y entónces es que la anestesia y la reduccion rápida se presentan como recursos preciosos.

Reduccion rápida por la táxis, segun los métodos antiguos.—Desde principios de este siglo, y quizás ántes, se ha practicado la táxis por dos métodos enteramente distintos, para la reduccion de la inversion crónica. En el primero de dichos métodos la táxis se practica en el cuello constreñido, con objeto de vencer su resistencia y reducir primero las partes últimas que salieron; y en el segundo, dicha táxis se practica en el cuerpo, á fin de reducir primero las partes primeramente invertidas. Capuron[2] describe así el primero de estos métodos: "Cuando el orificio no está bastante dilatado para permitir el fácil regreso de la parte invertida, lo mejor es coger el tumor en la palma de la mano, con los dedos distribuidos alrededor del pedículo, y reducir primero la parte que fué última en invertirse, como si se tratase de una hernia." "Aquí tenemos, dice Aran,[3] dos pareceres acerca de la reduccion del útero in-

[1] Gazette des Hôp., 1853.
[2] Mal. des Femmes, 2d ed., p. 510.
[3] Mal. de l'Utérus, p. 901.

vertido en ocasion del parto. Segun uno de estos pareceres, lo que se procura es volver primero las partes últimas que salieron, sometiendo el útero á una compresion general á fin de ablandarlo en cierto grado y obligarlo á pasar poco á poco el orificio, empezando por las partes ménos voluminosas. . . . . En llegando al tumor, si el operador desea emplear el primer método, lo comprime en todos sentidos para ablandarlo y hacerlo pasar con mas facilidad á traves del orificio constreñido, en el cual empeña los dedos." Becquerel[1] describe así este método: "Es conveniente, en cuanto sea posible, volver primero las partes últimas que salieron, pues de ese modo dilatamos de antemano las fibras musculares que se oponen á la reduccion. (P. Dubois Danyau.) . . . . M. Velpeau considera este método como el mejor."

El segundo método consiste, no en practicar la táxis en el "orificio constreñido en que el operador empeña los dedos," á fin de "dilatar de antemano las fibras musculares que se oponen á la reduccion," como dicen Aran y Becquerel, sino en hundir ó deprimir el fondo mismo, de modo que la parte deprimida ó invaginada forme una especie de cuña, que se hace penetrar forzosamente á traves del anillo cervical constreñido. En los casos de inversion reciente ocurrida despues del parto, como sucede en la mayor parte[2] de ellos, se puede hundir la parte media del fondo y empujarla hácia arriba á traves del canal del cuello; invaginacion que se ha intentado hasta en algunos casos crónicos. Creo que la táxis que en los casos crónicos se practica en el fondo, no obra de la manera indicada, sino que vence la resistencia cervical, ejecutando así, de un modo mas indirecto é imperfecto, lo que se logra con la dilatacion directa del orificio constreñido del cuello á beneficio de los dedos, segun el método frances, que Becquerel llama *método de Viardel.*

Una vez establecido el diagnóstico y determinado practicar la reduccion, se evacúan los intestinos y la vejiga, se somete á la enferma al sueño anestésico, y se la recuesta de espaldas sobre una mesa sólida. El operador debe siempre ser acompañado de tres ó cuatro consultores hábiles á quienes pueda acudir, no sólo por consejos, sino por ayuda física; pues, como hacía observar el Profesor Elliot, muchas veces la fuerza de un hombre solo no basta para lograr lo que efectuará fácilmente la de varios que se reemplacen con rapidez. El operador, despues de haberse recortado las uñas de una mano, y de haberla untado perfectamente con aceite, dilata lentamente la vagina, á fin de introducir aquella y coger en su palma todo el tumor; la otra mano se coloca sobre el abdómen de manera que haga presion precisamente sobre el anillo que indica el cuello no invertido, y que se oponga á la fuerza ejercida á traves de la vagina, para impedir que este conducto se dilate demasiado.

[1] Mal. de l'Utérus, t. ii, p. 314.

[2] De los 400 casos referidos por Crosse, 350 ocurrieron despues del parto.

En un caso de cuatro años de duracion, que observé junto con el Dr. Joseph Wooster, de esta ciudad, y en que ántes de verlo yo se había intentado ocho veces la reduccion, empléandose en cada tentativa de dos á tres horas, aconsejé se sustituyera á la mano un cono de boj, de cuatro pulgadas de largo. Estando la enferma muy delgada, pudo introducirse este con facilidad en el anillo abdominal del útero, y hundirse gradualmente en el fondo invertido, en términos de dilatar el cuello y permitir la reduccion.

Depaul y otros han recurrido al uso de un repositor por cuyo medio se ejerce una presion directa y se facilita la reduccion; y el Dr. J. P. White ha empleado últimamente otro que merece especial mencion por su sencillez y eficacia. La Fig. 137, además de representar el instru-

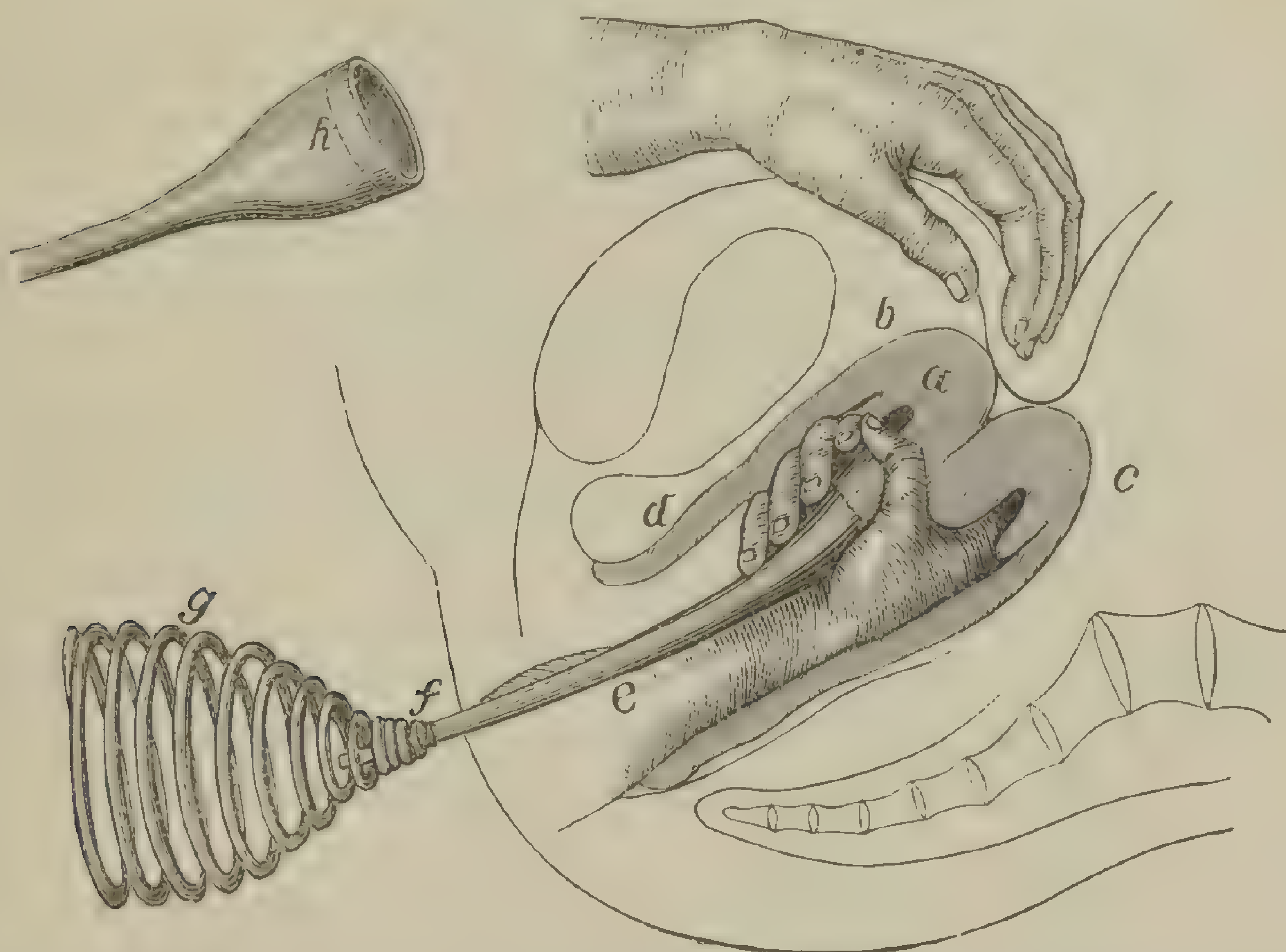


FIG. 137.—Reduccion rápida por el método de White. El operador agarra el útero, *a*, y comprime con el pecho el resorte espiral, *g*, *f*, el cual empuja contra el fondo el embudo del repositor.

mento, demuestra el método de reduccion adoptado por aquel profesor, con arreglo á la esperiencia adquirida en nueve casos, en el trascurso de quince años.

Es imposible sentar una regla absoluta en cuanto al tiempo que deba emplearse en cada tentativa de reduccion inmediata; pero estos esfuerzos no pueden continuarse mucho mas de de una ó dos horas sin grave peligro de una flegmasía del peritoneo ó del tejido celular. Es cierto que se citan numerosos casos felices en que no se manifestaron síntomas desfavorables, á pesar de haberse empleado de tres á cinco horas en esfuerzos no interrumpidos ántes de alcanzar un resultado feliz; pero el método mas prudente y ménos peligroso es desistir despues de una tentativa de regular duracion; asegurar lo ganado colo-

cando en la vagina un pesario de aire, ó cerrando el orificio uterino por la sutura de hilos de plata, segun la práctica de Emmet ; administrar una alta dósis de opio, y hacer otra tentativa á las treinta y seis ó cuarenta y ocho horas. Se repetirá entónces cautelosamente la manipulacion por igual espacio de tiempo, y se seguirá de nuevo con el pesario de aire ó la sutura, si tampoco se obtuviere buen éxito. El operador no debe persistir mucho en un mismo modo de practicar la táxis, sino emplear sucesivamente los otros métodos que pasamos á describir.

El método de Barrier consiste en distribuir los cuatro dedos alrededor del útero, comprimir el fondo con el pulgar, y llevar por fuerza el cuello hasta la encorvadura del sacro como punto de apoyo.

El método de Noeggerath consiste en colocar el dedo índice en uno de los ángulos del útero y el pulgar en el otro, comprimiéndolos hasta invertir uno ó ámbos ángulos. Es un método de los mas preciosos para reducir el cuerpo despues que ha cedido el cuello ; pero no conviene ensayarlo ántes de la reduccion de este. De cada cinco casos que he tratado por este método, en tres he logrado un buen éxito.

El método de Courty consiste en introducir en el recto los dedes índice y del medio, haciéndolos penetrar en el anillo cervical para ganar un punto de apoyo. Es uno de los mejores que tenemos á nuestra disposicion, y se puede combinar con el de Noeggerath, empleando uno para la reduccion del cuello y el otro para la del cuerpo.

Método de Thomas. La amputacion sustituida por la seccion abdominal.—En Noviembre de 1869 publiqué la relacion de un caso en que se empleó con feliz resultado la seccion abdominal y dilatacion intra-abdominal del anillo del cuello, despues de haber recurrido á todos los demas métodos, escepto la amputacion. La traslado á estas páginas del periódico[1] en que vió la luz, persuadido de que no carecerá de interés para el lector.

Caso 1°. El 10 de Junio, de 1869, recibí una carta de Mr. B., de Louisville, en Kentucky, en que me manifestaba que su esposa, de edad de veinte y tres años, natural de Indiana, (E. U.,) había gozado de buena salud hasta hacía veinte y un meses, época en que tuvo un hijo, quedando inválida desde entónces.

En cada época menstrual se presentaba una menorragia sumamente profusa ; la cual la hizo consultar á un médico, que le prescribió remedios astringentes y hemostáticos, sin esplorar la vagina en busca de la causa del mal. Ocho meses despues del parto, tuvo la fortuna de consultar al Profesor Henry Miller, de Louisville, autor de "*Miller's Principles and Practice of Obstetrics ;*" este señor reconoció al punto el carácter de la afeccion, y procedió á remediarla cual convenía. En cinco ocasiones sucesivas cloroformizó á la enferma y practicó la táxis durante hora y media ; empleando metódicamente despues de cada ten-

[1] Amer. Journ. Obstet. and Dis. of Women and Children.

tativa la compresion por medio de un pesario de aire en la vagina. Pero todos sus esfuerzos fueron inútiles; y la enferma, desalentada y agotadas sus fuerzas, se trasladó á Indianópolis y se puso en manos del Profesor Teófilo Parvin.

El Sr. Parvin hizo cinco valientes tentativas de cuatro á seis horas cada una, durante las cuales mantuvo á la enferma bajo la influencia del éter, usando metódicamente el pesario de aire despues de cada operacion ; pero todos sus esfuerzos fueron infructuosos, y la enferma regresó á su residencia de Kentucky, muy débil y casi desesperada. Una vez allí, consultó al Dr. W. M. Allen, quien le aconsejó que hiciese otra tentativa mas, y de acuerdo con su recomendacion, vino á verme hácia fines de Agosto.

Estaba yo ausente de Nueva York á la llegada de la Sra. de B., y no pude verla hasta el 1° de Setiembre. Escribióme el Sr. B. pidiéndome opinion franca respecto de las esperanzas que pudieran abrigarse, y le contesté que, en vista del mal éxito de los Profesores Miller, y Parvin, no me sentía inclinado á prometer nada ; pero le rogué que por lo ménos me dejase hacer un esfuerzo para reducir el útero ; pues me animaba la idea de que podría efectuarlo haciendo uso de la belladona, la ducha caliente, y el cono abdominal, como ya lo había logrado en dos ocasiones, una vez en un caso rebelde, y la otra, con mucha rapidez, en un caso de carácter simple.

La Sra. de B., rubia, de constitucion endeble, no pesaba mas de 90 libras ; los ataques de menorragia profusa que había sufrido á intervalos, durante veinte y un meses, la habían dejado pálida y exangüe ; y se encontraba muy desalentada á causa del mal éxito de los esfuerzos de los médicos eminentes á quienes ya había consultado.

Fué sometida prontamente á la influencia completa de la belladona, administrada en supositorios rectales, empleando tres veces al dia la ducha caliente por espacio de una hora ; y al cabo de una semana procedí por primera vez á practicar la reduccion por la táxis, auxiliado por los doctores Nott, Metcalfe y Walker. Eterizada la enferma y colocada de espaldas sobre una mesa, practiqué con asiduidad, durante una hora, todas las variedades de la táxis á que se ha aludido, ejerciendo contrapresion (*counter-pressure*) con el cono abdominal ; pero todo fué inútil ; y aunque el cuello se dilató casi hasta el orificio interno, no cedía mas allá de este punto.

La enferma fué trasladada á la cama despues de haberle introducido en la vagina una bolsa de caucho que se llenó de agua caliente, y al otro dia á la misma hora, fué sometida exactamente el mismo proceder, con igual resultado, introduciendo de nuevo la bolsa ó pesario de agua caliente. Repitióse la tentativa por tercera vez al dia siguiente.

Al cabo de una hora nada se había adelantado, y entónces empecé á creer con el Dr. Miller que había adherencias en lo interior del saco, y

que no podría reducirse el fondo dislocado con ningun esfuerzo que se hiciera.

El Dr. Emmet, en los casos en que la reduccion se ha efectuado en parte, pudiéndose empujar el fondo á la altura del orificio esterno, ha recomendado y puesto en práctica un método que me parece escelente, y que consiste en cerrar el orificio esterno por la sutura de hilos de plata, á fin de que el aprisionamiento del fondo en la cavidad tienda á dilatar la constriccion cerca del orificio interno; quitando despues las ligaduras y practicando de nuevo la táxis. En el caso de que trato no pude recurrir al procedimiento del Dr. Emmet, descrito por extenso en el *Amer. Journ. of the Med. Sciences*, de Enero de 1868, porque el fondo nunca llegó á elevarse lo suficiente para poderlo retener de esa manera.

Al dia siguiente nos reunimos otra vez á deliberar sobre el caso de la Sra. de B.; y como mi deseo era dar á la enferma la opcion de cualquier recurso que la salvara de una operacion en que peligrase su vida, fuí á la consulta dispuesto á presentar dos opiniones: 1ª, que se introdujese á traves del fondo un tenótomo fino, y llevándolo hácia arriba por el canal del cuello, se incindiesen sus cuatro lados á fin de desbridar la constriccion de las fibras del orificio interno; 2ª, atraer el útero fuera del cuerpo y practicar una incision hácia abajo á traves de la mucosa. Sometida la enferma al sueño anestésico, verifiqué la táxis como ántes, si bien con mas fuerza, durante veinte minutos; pero, no habiéndo adelantado nada, consultámos acerca de mis proposiciones, y con el consentimiento de mis colegas, empujé hácia arriba el útero, tanto como fué posible; aferrando en seguida, con el dedo, el punto constreñido, lo arrastré hácia abajo, é hice á traves del tejido del cuello una incision que comprendía primero la membrana mucosa, y se estendía hácia abajo en direccion del peritoneo subyacente, segun lo recomendado por Aran.[1]

Sacado el cuchillo, brotó al punto, de una arteria al parecer casi del calibre de la radial, un chorro de sangre, no por saltos, sino continuo, como el que suele provenir de arteriolas situadas en un tejido fibroso denso. Es de presumir que dividí la arteria circular del cuello, aumentada de volúmen de resultas de la dislocacion del útero; y por espacio de media hora estuvimos haciendo esfuerzos para ligarla, y no pudimos conseguirlo, á pesar de la aplicacion sucesiva de mas de una docena de puntos de sutura, pues se había retraido la arteria en el espesor del frágil tejido de la matriz. El Dr. Walker fué en busca de un cauterio actual; pero ántes que volviese, ya el Dr. Nott había contenido la hemorragia, uniendo por fuerza ámbos labios del cuello con una ligadura pasada de parte á parte. Claro es que por entónces era preciso suspender las tentativas de la reduccion; y no me pareció prudente ni justificable

[1] Mal. de l'Utérus, p. 906.

volver á empezarlas, por cuanto ya catorce veces habían dejado de dar esperanzas de buen éxito.

El caso presentaba entónces el aspecto siguiente. El estado exangüe de la enferma y la tendencia á hemorragias profusas reclamaban el alivio de un mal que pronto acabaría con su vida, puesta en peligro ya mas de una vez por la pérdida de tanta sangre. La táxis se había practicado catorce veces, durando algunas de cinco á seis horas, y una solamente ménos de una hora. La constriccion que imposibilitaba la reduccion, se había desbridado con grave peligro de la enferma, y todo había sido infructuoso. No quedaba, pues, mas alternativa que la amputacion, á la cual se resistió la Sra. B.

Entónces fué que propuse una operacion que, ideada ya hacía dos años, había tenido en perspectiva durante las evoluciones del caso, á saber: Practicar una incision de dos pulgadas de largo á traves de las paredes abdominales y del peritoneo, é inmediatamente encima del anillo cervical; introducir en este último un dilatador de acero construido por el estilo de un estirador de guantes; dilatar la parte constreñida; y reducir el útero. Hallándose mis colegas de acuerdo conmigo respecto de la propiedad del procedimiento, se le esplicó al Sr. B., poniendo en claro todos sus puntos importantes á la misma enferma, á quien ya conocía yo lo suficiente para estar seguro de que su valor indomable no retrocedería ante ninguna tentativa que prometiese librarla del penoso estado que desde hacía cerca de dos años acibaraba su vida, destruyendo su constitucion física.

Despues de la ligadura de la arteria circular, la mucosa del útero se esfaceló estensamente, y la enferma parecía encontrarse en estremo débil; pero al cabo de una semana, habiéndose mejorado lo suficiente para que pudiera practicarse la operacion propuesta, se señaló para ejecutarla el dia 16 de Setiembre.

Los Sres. Darrow y Ca., de esta ciudad, me construyeron con prontitud un instrumento muy parecido al que va representado por la Fig. 139; y por si acaso no efectuaba el grado suficiente de dilatacion, conseguí un spéculum anal pequeño, y un dilatador de los que se emplean en las estrecheces del recto.

Estos instrumentos se eligieron, por de contado, en conformidad con la teoría relativa á los requisitos del caso; que, sin embargo, no pudieron llenar, como demostró el resultado, causando gran dificultad su ineficacia.

La operacion se practicó el dia 16 de Setiembre. Eterizada la enferma, el Dr. Metcalfe introdujo la mano en la vagina, elevando el útero de modo que pudiera yo sentir el anillo del cuello contra la pared abdominal. Dividí en seguida los tejidos en la línea media, como si se tratase de una incision esploradora en la ovariotomía; y dejando la herida espuesta al aire hasta haber cesado todo derrame sanguíneo, incindí el peritoneo. Hecho esto, introduje el dedo en el saco uterino sin

encontrar que existiese la menor adherencia; y sustituyendo á la mano del Dr. Metcalfe la izquierda mia, introduje el dilatador de acero, y procedí á dilatar la estrechez, como se ve en la Fig. 138.

La dilatacion fué en estremo fácil; pero noté que el tejido del órgano se contraía inmediatamente al estraer el dilatador. Despues de haber dilatado completamente la estrechez y de hacer algun esfuerzo

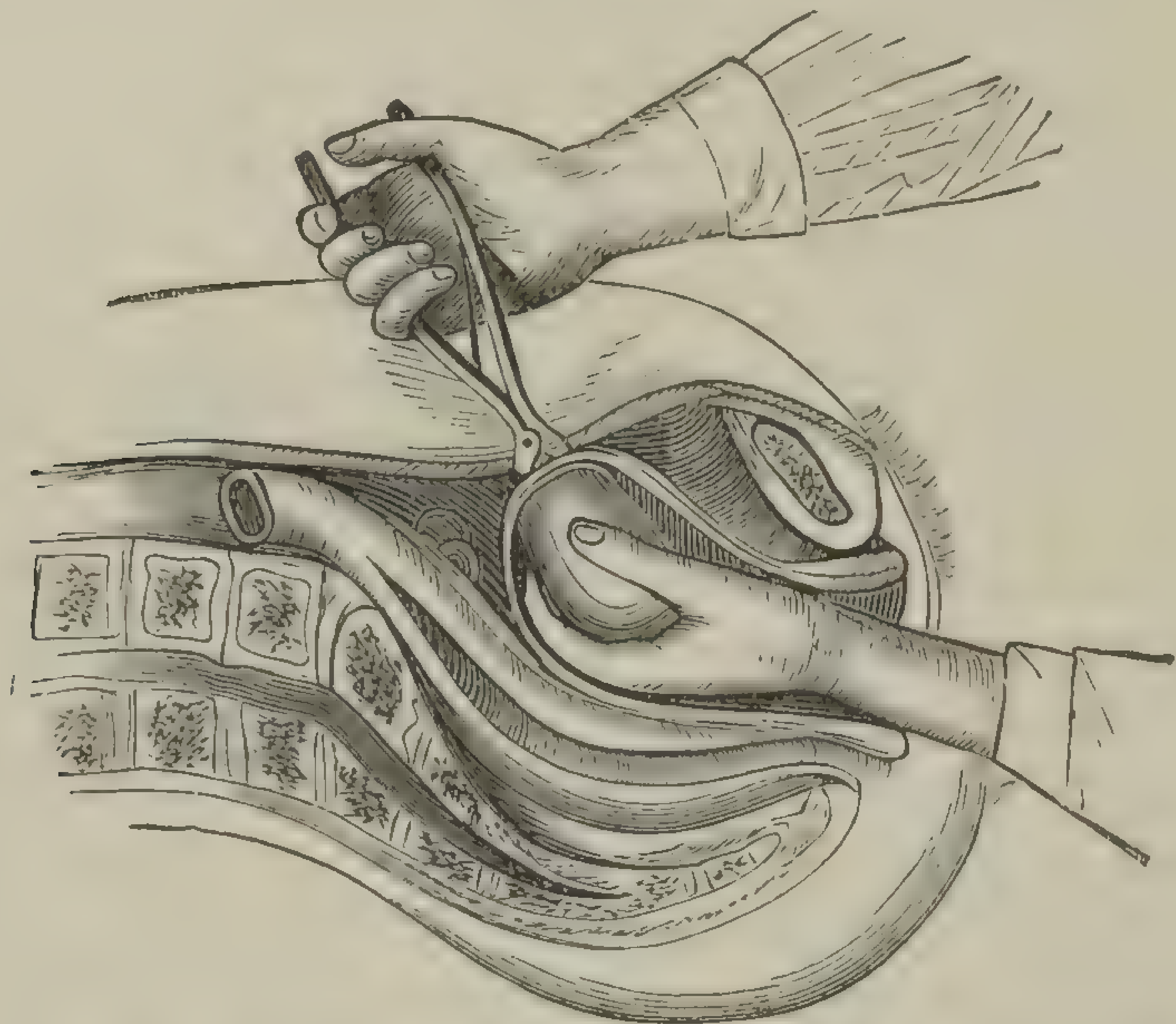


FIG. 138.—Reduccion del útero por dilatacion intra-abdominal.

para reducir el útero, logré lo último, en parte, de la misma manera que había efectuado la reduccion en un caso anterior. Bajándolo primero hasta la vulva, lo empujé con rapidez hácia arriba, y tuve la la satisfaccion de ver que se hallaba casi reducido. Trayendo el órgano otra vez hácia abajo hasta fuera de la vulva, advertí que la arteria dividida la semana anterior sangraba con abundancia. Entónces comprendí que debía asegurar sin dilacion el buen éxito, ó se me escapaba la ocasion de las manos; y animado por esta reflexion, empujé rápidamente el útero, siendo grande mi alegría al observar uno de los ángulos restablecido en su lugar, aunque la resistencia de la vagina cedió al aumento de fuerza, penetrando uno de los dedos en el espacio entre la vagina y la vejiga. Como el otro ángulo quedaba todavía invertido, introduje el dilatador en él, y abriéndolo, el útero volvió acto continuo á su posicion normal.

Segun la observacion hecha por el Dr. Samuel W. Francis, la enferma estuvo bajo la influencia del éter 1 hora y 2 minutos; el tiempo empleado en abrir el peritoneo, fué de 19 minutos; y en reducir el útero, 27 minutos.

La enferma se restableció con rapidez, obrando sin duda como estímulo en su mejoría la seguridad de haberse vencido por fin la rebelde inversion.

La herida del abdómen se cerró con cuatro ligaduras de plata que comprendían el peritoneo, y se cubrió con un lienzo empapado en agua fria; y la producida por el dedo en la vagina, fué abandonada á sí misma.

El dia despues de la operacion, se presentó por la arteria que tanto cuidado nos había dado ya, un derrame de sangre tan abundante en la vagina y en el peritoneo, á traves de la rasgadura vaginal, que creí que la hemorragia terminaría en la muerte. El pulso ascendió á 160 pulsaciones por minuto, la cara y las estremidades se enfriaron, y me pareció tan inminente el peligro de una estenuacion rápida y funesta, que hice todos los preparativos para recurrir á la trasfusion de la sangre.

Pero ántes de emplear este método, procuré contener la hemorragia, dando al pié de la cama una elevacion de 24 pulgadas, á fin de rechazar toda la columna sanguínea aórtica sobre el corazon, y aplicando contra el orificio del útero un saquito lleno de tanino; cuyos medios dieron afortunadamente buen resultado, cesando enteramente el flujo.

La enferma, despues de este período, se restableció sin que se manifestase ningun síntoma desfavorable; los bordes peritoneales de la herida del abdómen se cerraron por primera intencion; y á los ocho dias de hecha la operacion, pudo la paciente trasladarse de la cama á un sofá.

Los requisitos del procedimiento en este caso, no se llenaron con perfeccion, pues descubrí, cuando ya era tarde, la ineficacia de los instrumentos empleados para la dilatacion, y la ausencia completa de medios para mantener abierta la estrechez despues de retirado el dilatador. Si se me ofreciera practicar otra vez la operacion, lo que no vacilaría en hacer *en un caso que hubiese resistido á otros medios ménos heróicos, como la táxis, la presion vaginal, etc.*, y en que no quedase mas alternativa que la amputacion, estoy seguro de que lograría el éxito apetecido con mayor rapidez y facilidad, y con ménos riesgo para la enferma.

Lo primero que ocurre al leer la descripcion de un procedimiento semejante, es calificarlo de injustificablemente atrevido; pero se verá que esto es un error, si se comparan sus peligros con los de la amputacion. Las incisiones esploradoras que se practican en la ovariotomía prueban que la operacion de abrir el peritoneo se temía anteriormente mas de lo debid; y el lector no podrá ménos de convenir en que hay fundadas razones para dudar de semejante conclusion, formada con demasiada precipitacion, si tiene presente que, segun los datos estadísticos de todos los casos de amputacion del útero invertido, la tercera ó cuarta parte tienen un desenlace desgraciado; y eso que entónces se trata, no de la curacion radical, sino de la cura paliativa de los síntomas á espensas del útero mismo.

Imperfecta como fué la operacion, su crédito reclama que el lector tome en cuenta las circunstancias de que ninguna de las dificultades

con que se tropezó era inherente á ella, sino resultado de la falta de esperiencia respecto de sus diversos requisitos; de que se practicó en una enferma cuyas fuerzas estaban notablemente agotadas por otras operaciones; y de que los males que sobrevinieron y que, casi frustraron su buen éxito, no nacieron del procedimiento, sino de la division del cuello practicada una semana ántes, y de la rasgadura accidental de la vagina, efecto nada raro de la táxis practicada segun el método ordinario. En cuanto al resultado de la operacion, la enferma recobró la salud sin que se presentara ningun síntoma desagradable.

Esta enferma regresó á Kentucky al cabo de cinco semanas, y se mantuvo completamente buena; y algunos meses despues me escribió que había engruesado en términos de que yo apénas la reconocería; que la menstruacion era normal, y que no había quedado ningun síntoma desagradable. Un año despues de la operacion tuvo un embarazo, y llegó hasta el octavo mes sin ningun fenómeno notable; pero murió entónces en veinte y cuatro horas, segun supe posteriormente, de resultas de un ataque repentino de cólera morbo que se desarrolló despues de haber comido unas ostras en latas, importadas de los Estados de Nueva Inglaterra.

Despues del caso de la Sra. de B., no he observado mas que uno en que me sintiera justificado en repetir la operacion; pero este terminó por desgracia en la muerte, á consecuencia de una peritonitis; aunque en él se demostró, mas completamente todavía que en el primero, la perfecta sencillez y eficacia del método, en cuanto toca á su mecanismo.

Caso 2°.—La Sra. M., irlandesa, de 23 años, y perteneciente á la clase baja de la sociedad, tuvo, ocho meses ántes de que yo la viera, un parto que progresó de una manera natural hasta el tercer período; ocurriendo entónces una hemorragia violenta que continuó despues del alumbramiento, y que, segun dijo la enferma, casi la puso á las puertas de la muerte durante la primera quincena consecutiva al parto. Esta pérdida profusa de sangre cedió, sin embargo, gradualmente, ó mejor dicho, disminuyó mucho; y la enferma pudo al fin levantarse y volver á sus quehaceres; aunque desde el momento del parto había padecido menorragia y metrorragia, con muy pocos intervalos de cesacion; y cuando yo la ví, se encontraba en un estado exangüe alarmante, escesivamente pálida, y al parecer muy débil. El Dr. Olcott, de Brooklyn, había diagnosticado la inversion cuando acudió á él la enferma, y dos meses despues la sometió á mi cuidado para que yo hiciese esta operacion; pues, aunque él había practicado ya la táxis dos veces, una de ellas con buen éxito, en este caso había agotado en vano los métodos ordinarios—presion elástica y táxis. Su última tentativa había sido muy persistente, continuándola por espacio de dos horas, él y dos colegas que lo reemplazaban con frecuencia; pero ni quiso repetirla, ni consentir en que se repitiese; porque la mujer, despues de la operacion, estuvo á punto de morir de peritonitis.

La operacion se ejecutó en presencia de los doctores Olcott, James L. Brown, Hallam, Walker, Fisk, y Vermilye. Recostada, sobre una mesa cubierta con frazadas, la enferma, y sometida á la influencia del éter, hice una incision de dos pulgadas de largo en la línea mediana, profundizándola, gradualmente hasta incindir el peritoneo. Introduciendo un dedo en el saco invertido del útero, lo seguí con el dilatador, que saqué al cabo de diez y seis minutos ; y repuse el órgano con una facilidad que á todos nos asombró. El cuerpo no recuperó desde el momento su posicion normal ; reinvirtiéndose sólo como una pulgada del cuello, á medida que estraje el dilatador ; pero volviéndolo á introducir, dilaté en seguida el otro punto de constriccion, y con esto se redujo al momento como otra pulgada mas ; y de esta manera, pulgada á pulgada, se redujo todo, ménos el ángulo derecho ; aunque con una dilatacion suave durante unos pocos minutos, se logró que este volviese á su lugar, completándose así el procedimiento. La herida del abdómen se cerró con unos puntos de sutura de plata ; y se trasladó á la enferma á la cama, despues de haberle administrado subcutáneamente diez gotas de la disolucion de morfina de Magendie. Como no pude persuadirla á que entrase en mi sala, del *Strangers' Hospital*, el Dr. Vermilye, se ofreció bondadosamente á permanecer con ella en su casa, pues no podía confiarse su asistencia á ninguno de su familia. La mujer continuó perfectamente bien por cuarenta y ocho horas ; al cabo de las cuales se desarrolló una peritonitis que terminó funestamente.

Este caso, á pesar de su terminacion desgraciada, demostró á mi entera satisfaccion que el mecanismo del procedimiento nada deja que desear. El anillo cervical cedió con rapidez y facilidad á una dilatacion suave ; efectuándose del mismo modo la reduccion del cuerpo invertido.

No pretendo, ni deseo entrar á hacer una defensa especial del procedimiento que acabo de describir ; conformándome con que se le juzgue como merezca. Si demostrare ser lo que yo creo sinceramente, es indudable que se le considerará como útil recurso quirúrgico ; y si me he equivocado respecto de su valor, admitiré gustoso su condenacion. Antes de dejar este asunto, creo conveniente llamar la atencion del lector á ciertos hechos relativos á aquel.

Debe tenerse entendido que este procedimiento no se recomienda como método para el tratamiento de la inversion del útero, sino como suplente de la amputacion. Creo que no muchos casos resistirán á la presion elástica y á una táxis juiciosa ; pero que les resistirán unos pocos es incuestionable ; y el objeto con que propongo la seccion abdominal, es el de salvar de la amputacion estos pocos.

Es verdad que uno de los casos operados por este procedimiento terminó funestamente ; pero no hay que olvidar que de la misma manera han terminado algunos de los tratados por la presion elástica y la táxis ; pues estas operaciones se practican con frecuencia, como sucedió en mi segundo caso, en mujeres exangües ó cuya sangre se halla en

estado de empobrecimiento. El Dr. Tait, en el tomo xi del *London Obstetrical Transactions*, refiere un caso de muerte despues de la reduccion por la presion elástica; y un caso del Dr. White, de Buffalo, de los primeros que se redujeron por la táxis, terminó tambien funestamente.

Cuando ni la táxis practicada repetidamente y con inteligencia, ni una fuerte y prolongada presion elástica, pueden vencer un caso semejante al primero que hemos descrito, ¿qué otro camino queda? Hasta ahora, sólo se nos han presentado dos: abandonar el mal á sí mismo, ó amputar el órgano. El *American Journal of Obstetrics*, de agosto de 1868, contiene un trabajo muy esmerado[1] en que se ven los resultados de 58 casos de amputacion; y se observa que de las mujeres en quienes se prácticó, cerca de una tercera parte murieron. Y téngase presente que esto no sucedió miéntras se trataba de curarlas, ni al hacer esfuerzos por restablecer su perfecta salud; sino que fueron víctimas de la tentativa que se hizo para evitar una serie de síntomas molestos y peligrosos á costa de un órgano del que dice Hipócrates "*Propter uterum est mulier.*"

Sabido es que por lo general una incision corta á traves del peritoneo no es sumamente peligrosa; y de consiguiente la alternativa que se presenta ántes de operar es, si conviene mas la amputacion del útero, á que se sigue la muerte de casi una tercera parte de las mujeres operadas, y de que son resultados ciertos la esterilidad y todas las perturbaciones acarreadas posteriormente por la amenorrea ó, cuando ménos, por una menstruacion muy imperfecta; ó correr los riesgos de una incision corta en el abdómen, con la seguridad, casi completa, de reducir el útero invertido, y conservarlo intacto para que desempeñe sus funciones en lo sucesivo.

Si se opta por la seccion abdominal, recomiendo el uso del dilatador que va representado por la Fig. 139.

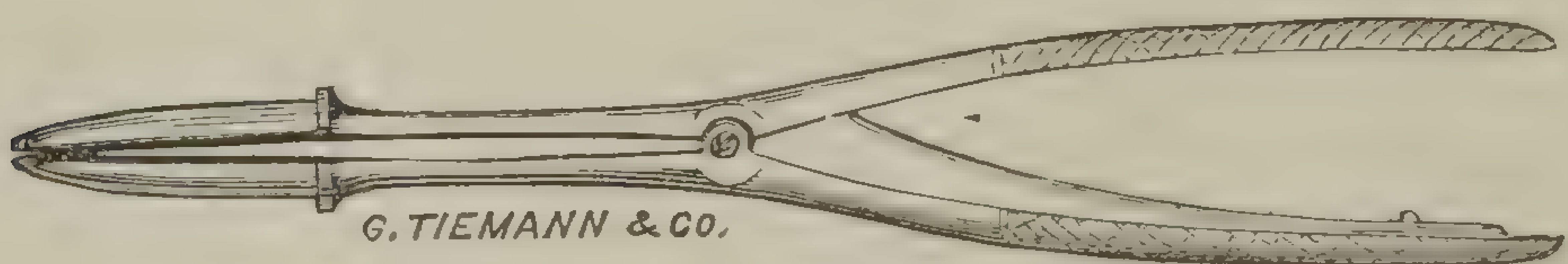


FIG. 139.

Este debe emplearse muy suavemente, no para dilatar toda la cavidad del cuello, sino solamente su estremidad superior. Una vez dilatada esta y reinvertida una pulgada del cuello, poco mas ó ménos, se vuelve á introducir el instrumento para dilatar otra parte, con lo cual se logrará la reduccion de un poco mas del tejido invertido; y así se restablecerá todo el útero, pulgada á pulgada.

Métodos para amputar.—No cabe duda de que pueden presentarse

[1] Traducido del "*Beiträge zur Geburtskunde und Gynäkologie.*"

casos en que esté indicada la ablacion de todo el órgano, por ser imposible reducir la inversion; pero tambien es innegable que muchas veces se ha recurrido á la operacion sin motivo suficiente, y ántes de esforzarse cual convenía á reducir el órgano. Tyler Smith logró la reduccion despues de perseverar por ocho dias en el uso de la presion elástica, y el Dr. F. A. Ramsay, de Knoxville, en Tennessee, alcanzó igual resultado al cabo de diez y siete ó diez y ocho dias. Apénas puede dudarse que, en manos de muchos prácticos ménos perseverantes, estos dos casos habrían sido sometidos á la amputacion, ántes de lograr el éxito deseado. Es lícito creer que en lo futuro, la amputacion del útero no se practicará con tanta frecuencia como en los tiempos pasados; pues está destinada á ocupar entre los procederes quirúrgicos la posicion que le corresponde de último recurso. Además de sus peligros manifiestos é inherentes, siempre presentará estos grandes inconvenientes:—

1°. Una hernia de las vísceras pelvianas ó abdominales puede haberse verificado en el saco invertido;

2°. Produce con frecuencia la *emansio-mensium*, y el cortejo de males que le son consecutivos;

3°. Da lugar necesariamente á la esterilidad.

Es imposible concebir circunstancias que justifiquen el procedimiento, ántes de una consulta detenida con los prácticos mas hábiles que puedan llamarse.

La ablacion del útero, si bien acompañada de graves peligros, muchas veces termina con felicidad; lo cual no causará estrañeza, si tenemos presente que á veces han sanado mujeres á quienes se había arrancado la matriz. Radford, J. C. Clarke[1] y otros han referido casos de úteros invertidos que se estrangularon, desprendiéndose por la gangrena, sin matar á la enferma; y Osiander tuvo á la vista en su clínica, durante muchos años, una mujer á quien una partera había arrancado, despues del alumbramiento, no sólo la placenta, sino tambien el útero invertido, al que estaba adherida. En la *Gazette des Hôpitaux*, (1842,) se halla mencion de un caso análogo, en que, habiendo nacido una criatura, la partera tocó lo que supuso ser la estremidad pelviana de otra; y dándole vuelta con un pañuelo, tiró de este con toda su fuerza, y arrancó el útero y sus anejos. ¡La mujer se puso buena!

El Dr. West nos presenta el siguiente cuadro, bastante completo, de los resultados de la amputacion:—

		Curaciones.	Muertes.	Operaciones no terminadas.
Uteros estirpados por la ligadura	45	33	10	2
" " " el cuchillo ó el magullador	5	3	2	..
" " " el cuchillo ó el magullador, precediendo la ligadura	9	6	3	..
Total	59	42	15	2

[1] Dublin Journal, 1837.

Segun el trabajo publicado en el periódico aleman á que hemos aludido hace poco, de los 58 casos de amputacion que se reunieron, 18 fueron funestos, es decir, casi una tercera parte.

Si, á pesar de los peligros que pueden sobrevenir, se considera conveniente recurrir á este procedimiento, puede practicarse por uno de estos tres métodos: el cuchillo precedido de la ligadura; el magullador (*écraseur*) precedido de la ligadura; ó el gálvano-cauterio.

La esperiencia demuestra que la estirpacion de una matriz invertida, por el cuchillo, ó aun por el magullador, suele determinar una hemorragia profusa y peligrosa. El Dr. McClintock, de Dublin, ha aconsejado, para evitar este accidente, un medio que debe adoptarse siempre, á saber, la aplicacion de una fuerte ligadura, dos ó tres dias ántes de operar. La ligadura oblitera los vasos, y se amputa el órgano estrangulado al tiempo de empezar su descomposicion. Aun cuando se recurra al gálvano-cauterio, si bien no es probable que este método dé lugar á la hemorragia, conviene rodear el cuello con el magullador de alambre de Hicks, un poco mas arriba del punto por donde ha de pasar el alambre galvánico, á fin de poder ejercer una compresion inmediata en caso de que sobrevenga la hemorragia.

Si despues de la estirpacion por cualquier método, el muñon manifestare tendencia á sangrar, se tocará toda su superficie con un cauterio candente, introducido á traves del spéculum; pero para ejecutar esto con eficacia, es necesario proporcionarse de antemano la facilidad de traer el muñon hácia abajo, lo cual se logra á beneficio de la ligadura ó el magullador de alambre, dispuestos convenientemente en dicha parte ántes de practicarse la amputacion. El taponamiento debe evitarse, pues la sangre, acumulándose mas arriba del tapon, podría separar los labios de la herida y penetrar en la cavidad peritoneal.

Jamas deberá intentarse la estirpacion del útero por la ligadura sola; pues, además de poseer métodos mejores y mas seguros, la estadística demuestra que este es particularmente peligroso, habiendo terminado en la muerte 17 casos de los 33 operados de esa manera, ó sea mas de la mitad.

CAPÍTULO XXVII.

CELULITIS PERI-UTERINA.—INFLAMACION PERI-UTERINA.

Historia.—La historia de esta afeccion presenta uno de los ejemplos que tanto se repiten en la literatura médica, de una materia que, despues de ser conocida en un tiempo, se mira sin interés y llega á caer en completo olvido.

No es lícito dudar que fué á esta enfermedad á la que hizo alusion Arquígenes, que floreció en el siglo segundo, y cuya descripcion fué repetida en el cuarto por Oribasio, y en el sesto y séptimo por Aecio, y Pablo de Egina ; siendo incuestionable que los dos últimos aluden á ella bajo el nombre de "Abceso del Útero," pues Pablo en un párrafo habla especialmente de casos en que "la apostema está situada cerca de la boca del útero."

La historia moderna de esta afeccion puede referirse como sigue :

Descrita por Richard Wiseman,[1] en Inglaterra, como *Distempers of the Uterus in Childbed*	1679
" " Nic. Puzos,[2] en Francia : *Dépôts laiteux*	1743
" " Bourdon, discípulo de Récamier : *Tumeurs fluctuantes du petit bassin*	1841
" " Doherty, en Irlanda : *Chronic Inflammation of the Appendages of the Uterus*	1843
" " Marchal de Calvi : *Abcès phlegmoneux intra-pelviens*	1844
" " Churchill,[3] Irlanda : *Abscess of Uterine Appendages*	1844
" " Lever, Inglaterra	1844

Por el resúmen que antecede se ve que el conocimiento de la afeccion, despues de haberse apreciado en un tiempo, se olvidó en seguida del todo, y llamó por segunda vez la atencion, para decaer de nuevo por

[1] McClintock, "Dis. of Women," p. 1.

[2] Los doctores West y McClintock hacen corresponder al año 1759 el "Traité d'Accouchement" de Puzos ; pero probablemente se equivocan, pues Bernutz y Nonat lo datan ámbos de 1743.

[3] West, "Diseases of Women," ed. Americana, p. 310.

espacio de cerca de dos siglos; sacándolo otra vez á luz los esfuerzos de cuatro observados que aparecieron casi simultáneamente. Sería injusto callar la gran influencia que ejercieron los trabajos de M. Auguste Nonat en ensanchar nuestros conocimientos de este asunto; pero cuando él comenzó sus investigaciones en el Hôpital Cochin, el estado morboso que ilustró despues con tanto cierto, se había estudiado ya con mucha atencion en Inglaterra.

Definicion, Sinónimos, y Frecuencia.—Este mal, que como sabemos ocurre con frecuencia, consiste en una inflamacion del tejido adiposo y areolar que se encuentra por delante, por detras, y en ámbos lados del útero, y entre las hojas de los ligamentos anchos. Diversos autores la han descrito bajo los nombres de *para-metritis*, *flemon peri-uterino*, *inflamacion de los ligamentos anchos*, *abceso de la pélvis*, y *pelvi-celulitis.* El último término, aplicado por Sir James Simpson á la enfermedad, denota su naturaleza y asiento; pero presenta el gran inconveniente de ser demasiado vago, y de no circunscribir suficientemente en los límites debidos una afeccion tan bien marcada.

Anatomía.[1]—El Dr. Savage, en su tratado sobre los *Female Pelvic Organs*, dice que "el tejido sub-peritoneal de la pélvis llena toda aquella parte de la cavidad pelviana que se halla entre la *bóveda* y el suelo de la pélvis, y que no ocupada por las vísceras, es lo único que une á estas entre sí." Además, una simple diseccion basta para demostrar la abundancia de tejido celular flojo que hay en la pélvis; pues se le encontrará en gran cantidad en los ligamentos anchos, separando su contenido; entre la vagina y el recto; el recto y el sacro; el útero y la vejiga; la vejiga y las paredes del abdómen; y revistiendo los músculos psoas é ilíaco. Son notables las relaciones que tienen el recto y la uretra con este tejido, hallándose cada uno de dichos conductos encerrado en una especie de vaina ó canal fácil de desprender.

El tejido celular existe á todo el rededor de los órganas pelvianos, ménos entre el útero y el peritoneo, en los que es tan escaso que algunos se han aventurado á negar su existencia; miéntras que todos convienen en la dificultad de descubrirlo sobre el cuerpo de aquel órgano. El Dr. Farre,[2] asegura haber notado que el peritoneo, en toda la línea mediana del útero y en todo el fondo, es inseparable, á no ser despues de una maceracion prolongada. La union no es tan íntima á los lados del órgano, y en el cuello, pues existe en dichos puntos el tejido conjuntivo en cantidad suficiente para permitir que se deslice sobre el útero la membrana que lo reviste. M. Goupil,[3] que ha hecho un estudio especial de este tejido, afirma que en el punto de contacto del peritoneo y la vagina, y por delante y detras de la matriz, se encuentra en tan pequeña cantidad, que "apénas puede determinarse su presencia."

[1] Savage, ob. cit.

[2] Cyc. Anat. and Phys., Sup., p. 631.

[3] Becquerel, p. 441, t. 1.

Patología.—En atencion á la grande estension atribuida por los mas de los patólogos ingleses á la afeccion de que tratamos, esta puede invadir el tejido celular, interesando, ya una sola de sus partes, ya todas ellas. Los Dres. West, Simpson, y casi todos los autores ingleses, esceptuando al Dr. Bennet, han adoptado este modo de ver, y consideran como caso de este mal toda inflamacion del tejido celular intra-pelviano; pero es evidente que esto ocasiona mucha confusion, pues no puede, por cierto, ayudar á la comprension de la materia el reunir con esta enfermedad la descripcion de abcesos ilíacos, peri-rectales y del psoas.

Los autores franceses,[1] por otro lado, sólo consideran como caso de la afeccion de que tratamos la inflamacion del tejido celular de los ligamentos anchos, y del que se halla en contacto íntimo con el útero en el punto en que este se une con la vagina y la vejiga; y aunque convienen en que la flegmasía, partiendo de dichos puntos, puede propargarse por continuidad de tejidos á otros trayectos areolares de la pélvis, consideran estas difusiones como complicaciones y las designan con nombres distintos, sin conceder que sean elementos de esta enfermedad. Esta es la definicion que yo admito; y para espresarla con mas claridad, he empleado la denominacion *celulitis peri-uterina*, en vez de *celulitis pelviana.*

La celulitis peri-uterina tiene tres períodos: 1°, el de congestion activa; 2°, el de trasudacion del *liquor sanguinis;* 3°, el de supuracion. En su marcha puede compararse á un furúnculo ordinario, existiendo primero una congestion simple acompañada de dolor, calor, y tumefaccion, á la que se sigue una infiltracion de serosidad que causa dureza y tension, estableciéndose por último la supuracion, la que pone fin al trabajo morboso, á ménos que termine de otra ú otras dos maneras distintas: por resolucion, ó por la destruccion (en vez de la supuracion) del tejido areolar interesado, eliminándoso como una masa gangrenosa, como sucede tan comunmente en el antrax y la erisipela flemonosa.

El término flemon, que quiere decir inflamacion del tejido areolar, es estrictamente aplicable á esta enfermedad, y aunque tiene en la actualidad poco uso entre nosotros, se emplea todavía en el continente europeo. Su marcha es idéntica á la de la inflamacion areolar en otras partes del cuerpo, y sus tres períodos guardan tambien analogía con los de esta.

El tejido celular de los ligamentos anchos es el asiento mas comun de la celulitis peri-uterina, que generalmente invade sólo uno de los lados.

Desde mucho tiempo há se han observado tumores circunscritos en contacto íntimo con el útero, en cierto número de casos en que no existía afeccion alguna del tejido areolar de los ligamentos anchos. Lis-

[1] Aran, Mal. de l'Utérus, p. 675.

franc los supuso originados por la metritis parenquimatosa parcial, "ingurgitaciones" que habían dado lugar al aumento de volúmen de una parte del órgano ; y nadie lo contradijo, hasta que M. Nonat,[1] por los años 1849, los describió como resultado de una inflamacion flemonosa del tejido areolar inmediatamente alrededor del útero: quiere decir, entre el cuello y el recto; el cuello y la vejiga ; é inmediatamente al lado del cuello. M. Bernutz ha negado la existencia de esta variedad de la celulitis peri-uterina, sosteniendo su opinion con abundantes argumentos. En órden á esto, me contraeré á decir que el exámen autópsico, que yo sepa, no ha puesto en evidencia hasta ahora mas que dos casos de celulitis peri-uterina tan circunscrita : uno de ellos referido por M. Demarquay,[2] y el otro por M. Simon ;[3] y si bien se conocen muchos ejemplos de abcesos que en los ligamentos redondos han formado prominencia anterior ó posteriormente al cuello, estos pertenecen á otra categoría. Los ligamentos redondos y todo su contenido, el tejido celular, los ovarios y los oviductos, se hallan afectados con mas frecuencia que ninguna de las otras partes; y M. Aran se adelanta á decir que las acumulacions de pus que se efectúan en la celulitis peri-uterina "pertenecen mas en particular á los ovarios y á los oviductos." Estas partes se encuentran á menudo, despues de la muerte, sumergidas en una masa de sustancia exudada, uno ó ámbos ovarios en estado de supuracion, y los oviductos, ya inflamados y llenos de pus, ya contraidos en sus estremidades uterina y ovárica, y dilatados por un flúido sero-purulento de manera que presentan una verdadera hidropesía tubaria. En el cuadro que sigue he reunido las investigaciones necroscópicas de varios autores con respecto á este punto; escluyendo únicamente aquellas en que el exámen se hizo con demasiado descuido para que puedan admitirse como pruebas :

Casos.	Observados por	Sitio de la coleccion purulenta.
1.	M. Nonat.	Detras del útero comunicándose con un quiste supurado del ovario izquierdo; abceso pequeño en el derecho.
2.	M. Nonat.	Entre el útero y el recto, estendiéndose á los ligamentos anchos de ámbos lados.
3.	M. Nonat.	Lado izquierdo, estendiéndose del útero al ílion.
4.	M. Nonat.	Detras del útero y la vagina, estendiéndose al ligamento ancho izquierdo ; otro del tamaño de un huevo de gallina, inmediatamente detras del útero, abriéndose en un tercero muy grande que se estendía á la S del cólon y los ligamentos anchos.
5.	Dr. West.	Ligamento ancho izquierdo.
6.	Dr. West.	En frente de la sincondrósis sacro-ilíaca derecha, debajo del músculo psoas, otro á la izquierda, y detras del recto.
7.	Dr. West.	Ligamento ancho izquierdo.

[1] Ob. cit., p. 237.
[2] Gazette des Hôpitaux, Abril 17, 1858.
[3] Bull. de la Soc. Anat. de Paris.

Casos.	Observados por	Sitio de la coleccion purulenta.
8.	Dr. McClintock.	Ligamento ancho izquierdo.
9.	M. Demarquay.	En el tejido celular entre el útero y el recto, y tambien en el fondo de saco peritoneal recto-uterino.
10.	M. Simon.	Entre la vejiga y el útero, del tamaño de una naranja pequeña, con prolongaciones cónicas que se estendían hasta lo interior del ligamento ancho izquierdo; sus límites eran, por delante, la base de la vejiga; por detras, el cuello y cuerpo del útero; por encima, el peritoneo; por debajo, la vagina; por los lados se propagaba á lo interior de los ligamentos anchos.
11.	M. Aran.	Ligamento ancho izquierdo.
12.	M. Aran.	Ovario izquierdo, oviducto derecho, y adherencias por toda la pélvis.
13.	M. Bourdon.	Ligamento ancho izquierdo, del tamaño de una manzana ó una naranja pequeña.
14.	M. Aran.	Un costado del útero, y ligamento ancho izquierdo.

De este número de casos, que no deja de ser crecido, si consideramos que el mal termina rara vez por la muerte, se observará que en sólo dos de ellos puede decirse que existía la celulitis sin complicarse con una enfermedad del tejido celular de los ligamentos anchos, ovarios, y trompas de Falopio. El caso de Simon es concluyente en cuanto á la posibilidad de presentarse semejante enfermedad; pero el de Demarquay es dudoso, pues, además del abceso del tejido celular, existía otro en el fondo de saco peritoneal posterior al útero. Las colecciones purulentas en este mal pueden ser resultado de trabajos morbosos en el tejido celular, los ovarios y los oviductos; en otros términos, con la enfermedad conocida con el nombre de celulitis se presentan muchas veces, y puede decirse generalmente, otras afecciones; algunas de las cuales, segun nuestros conocimientos presentes, no podemos separarlas de aquella, á la que acompañan como complicaciones.

Complicaciones.—Las complicaciones de la celulitis peri-uterina, son:

Pelvi-peritonitis;
Ovaritis;
Salpingitis[1] falopiana;
Endometritis;
Dislocaciones del útero.

El presentarse estas complicaciones con la celulitis peri-uterina, es tan frecuente, que casi pueden considerarse, las tres primeras por lo ménos, como elementos de la enfermedad, cuando se manifiesta de una manera grave. Si consultamos las pruebas necroscópicas que se encuentran en todas las obras sobre la materia, veremos que se observan siempre en los casos en que el tejido de los ligamentos anchos se halla

[1] σαλπιγξ, "tubo."

gravemente interesado. Es de notarse con especialidad el hecho de la coexistencia frecuente de la endometritis ; pues suponiéndola causa de síntomas ocasionados por la celulitis, podría traer gran perjuicio el tratamiento local empleado para combatirla.

Curso, duracion, y terminacion.—Es necesario advertir al lector que la esposicion que voy á hacer de esta parte de nuestro asunto, diferirá esencialmente de las que generalmente se encuentran en los tratados sistemáticos ; por cuanto, considerando como enfermedades distintas la celulitis pelviana, y la pelvi-peritonitis, descritas comunmente como una sola afeccion, me propongo describirlas separadamente. La celulitis peri-uterina propiamente dicha, quiere decir, no complicada con otra ninguna afeccion, rara vez pasa á la forma crónica, terminando generalmente en el trascurso de dos ó tres semanas, ya por resolucion, ó ya por supuracion, y con mucha mas frecuencia por la primera. Pero cualquiera de sus complicaciones ordinarias, peritonitis, endometritis, ovaritis, ó salpingitis, puede hacerse crónica, é inducir al observador á creer que la cronicidad se halla en la afeccion primitiva ; ó bien uno ó mas abcesos, vaciándose por largos trayectos fistulosos que impiden su completa evacuacion, pueden continuar derramando pus por meses, ó quizás años enteros. Al decir que la celulitis perí-uterina rara vez pasa al estado crónico, considero los abcesos crónicos de la pélvis mas bien como uno de sus resultados que como uno de sus períodos. Cuando el caso es agudo y se presenta como consecuencia del parto, podrá producirse la supuracion en pocos dias; pero generalmente, aun en tales circunstancias, no se verifica sino á las dos ó tres semanas. En un caso crónico, la sustancia infiltrada puede mantenerse algunos meses dura, resistente y leñosa, sin dar muestras de ablandarse ; pero esto es una escepcion de la regla. La enfermedad, una vez que se presenta la supuracion, puede seguir uno de estos tres cursos:

1°. El pus acumulado puede evacuarse, secándose gradualmente y desapareciendo el abceso.

2°. El saco ya vacío y tapizado con una membrana piogénica, puede continuar derramando pus indefinidamente.

3°. Pueden formarse abcesos pequeños que se abren por diversos puntos, hasta que el tejido areolar de la pélvis se encuentra perforado por ellos y por los trayectos fistulosos que los unen entre sí.

La acumulacion purulenta puede hallar salida :

1°. Por las paredes abdominales y orificios de la safena interna ;

2°. Por las vísceras pelvianas, la vejiga, el recto, la vagina, la uretra, ó el útero ;

3°. Por el suelo de la pélvis, cerca del ano ;

4°. Por los agujeros de la pélvis, el obturador, ó el sacro-ciático ;

5°. Por la bóveda pelviana á la cavidad del peritoneo.

La coleccion de pus suele profundizarse en los tejidos adyacentes y abrirse paso por algun punto distante. En un caso, que observé en

union del Dr. Echeverría, el pus había franqueado el agujero ciático, y abriéndose camino hácia arriba y hácia adelante, vino á manifestarse cerca del trocánter mayor. Su direccion puede, pues, ser tan eccéntrica que engañe al médico en cuanto al asiento del abceso.

Cuando el mal se presenta en el estado no puerperal, el pus se evacúa las mas veces por la vagina y el recto, y probablemente á traves de las paredes del abdómen durante el puerperio; por lo ménos, así nos lo hacen creer los resultados de los casos tan cuidadosamente referidos por el Dr. McClintock.[1] De 37 casos puerperales tratados por este observador, y que terminaron por supuracion, 20 abcesos se evacuaron en las regiones ilíacas, 2 un poco mas arriba del púbis, 1 en la region inguinal, y 1 al lado del ano ; de los 13 restantes, 6 se evacuaron por la vagina, 5 por el ano, y 2 hicieron irrupcion en la vejiga. Es muy raro que en la variedad no puerperal se abra el abceso á lo esterior ; y afortunadamente, tanto en esta como en la puerperal, pocas veces hace irrupcion en el peritoneo.

Pronóstico.—Este deberá ser siempre reservado en cuanto al tiempo necesario rara lograr la curacion, pues no hay esperiencia que baste para prever la marcha del mal, ni para determinar si el exudado de serosidad será reabsorbido en tres semanas; si los pacedimientos de la enferma terminarán por la abertura de un abceso ; ó si existirá por largo tiempo un endurecimiento crónico. El pronóstico, sin embargo, es, por fortuna, absolutamente feliz con respecto á la vida ; aunque siempre hay que temer hasta cierto punto una peritonitis general en los casos que se presentan inmediatamente despues del parto.

Causas.—La afeccion suele ser determinada por una de las causas siguientes :—

Parto ó aborto ;
Inflamacion del útero ó de los ovarios ;
Lesiones directas por el cóito, cáusticos, pesarios, procederes quirúrgicos, ó golpes.

Segun la estadística, la mitad ó las dos terceras partes de los casos provienen del parto ó el aborto ; y me inclino á creer que los casos producidos por dichas causas son mas numerosos aun, en atencion á que los que recogieron los datos estadísticos de que se han sacado aquellas deduciones, no distinguieron esta enfermedad de la peritonitis pelviana. La celulitis peri-uterina rara vez se observará sino despues del trabajo del parto. Es verdad que cuando el estado puerperal existe como causa predisponente, el frio, la fatiga, y el ejercicio inmoderado obran como escitantes ; pero no revisten otro carácter sino el de influencias inmediatas y determinantes.

Es raro encontrar la inflamacion de los ovarios y del útero como

[1] Ob. cit.

efecto de la esposicion al frio en una mujer fuera del estado puerperal, á ménos que padezca alguna enfermedad uterina ú ovárica. Aran cree que una enfermedad de los varios es "casi siempre la causa." Cierto es que cuando existe la afeccion, estos órganos se encuentran generalmente enfermos; pero es difícil determinar si como complicacion ó como primer eslabon del encadenamiento morboso. En las relaciones que he reunido de catorce autopsias, diez veces se menciona el estado de los ovarios, y en siete de estas se hallaban afectados por una inflamacion, observándose abcesos en algunos, en otros la destruccion de su estructura, y en otros habían desaparecido enteramente los órganos. La enfermedad puede tambien ser producida por alguna afeccion aguda ó crónica, ya del parénquima ó ya de la mucosa del útero; y mas de una vez la he observado tras la aplicacion de tópicos de carácter suave á la cavidad uterina.

Las lesiones directas son causa no poco frecuente en casos independientes del estado puerperal; pero por lo comun se encuentra activa en aquellos en que ya se padece algun mal del útero ó de los ovarios. Así es que la enfermedad puede seguirse á las operaciones quirúrgicas del cuello ó del cuerpo de la matriz, como, por ejemplo, la incision del cuello para la flexion ó una estrechez, ó la simple espansion por un dilatador; y puede ser resultado de esfuerzos para separar escrecencias intra-uterinas; y en un caso mortal que yo observé se siguió á la ligadura de unas hemorroides.

El Dr. Matthews Duncan fué el primero que llamó la atencion, en 1853, sobre el hecho importante en que desde entónces ha insistido con especialidad, de que esta afeccion no es generalmente idiopática, sino sintomática de una inflamacion del útero ó de los ovarios.

Síntomas.—La forma aguda, y mas particularmente la que sobreviene despues del parto, se presenta acompañada de síntomas muy marcados, de los cuales los mas constantes son:—

Escalofríos;
Elevacion de temperatura;
Dolor;
Fiebre;
Disuria;
Metrorragia.

El escalofrío el un síntoma muy general, si bien algunas veces falta. Apénas se ha disipado, sube el pulso hasta 110 ó 120 pulsaciones por minuto; hay aumento de calor en la region hipogástrica, y el dolor, que por algunas horas ó quizás dias no había sido mas que perceptible, adquiere un carácter violento. El termómetro indica un aumento notable de la temperatura animal, y sube á 39° 5 ó 40° C., y aun á mayor altura en casos graves. Con estos síntomas generales se presentan otros referentes al recto y á la vejiga, y si la afeccion sobreviene en una mujer

que menstrúa todavía, el flujo sanguíneo puede aumentarse mucho. Algunas veces, si bien no muy á menudo, se esperimenta una hemorragia uterina, aun cuando falten las reglas.

Pero el que aguarde á que se presente este cortejo de síntomas para establecer el diagnóstico, habrá de caer muchas veces en falta de omision ; pues los casos subagudos muy generalmente, y los agudos algunas veces, se desarrollan del todo sin manifestar ninguno de esos fenómenos.

En cuanto á la intensidad de los síntomas, todos los casos pueden dividirse en tres clases :—

1ª. Casos acompañados de escalofríos, fiebre, dolor, y síntomas inflamatorios ordinarios;

2ª. Los que se presentan con dolor, pero sin escalofríos ni fiebre;

3ª. Los que apénas manifiestan fenómeno alguno, si se esceptúa una debilidad estrema, y cierta sensacion pulsativa y pesadez en la pélvis, acompañadas de fiebre héctica por la tarde.

Los casos que han pasado á la forma crónica presentarán mas ó ménos la historia siguiente : La enferma, que hace uno, dos, ó tres meses parió, no ha recobrado sus fuerzas, y se encuentra muy débil, sin apetito, nerviosa, triste, y acalenturada por la tarde. No esperimenta dolores ; pero sí de vez en cuando una especie de pulsacion, tension, y pesadez en la region del útero, que se acrecienta al defecar, al orinar, y al andar, y le hace temer que exista algun mal en aquel órgano. Este conjunto de síntomas conduce á la esploracion física necesaria para establecer el diagnóstico.

Signos físicos.—La esploracion física es el medio de determinar el carácter de estos casos con exactitud y rapidez. Si durante el primer período se introduce el dedo en la vagina, se percibirá que las partes están muy calientes, y tal vez se descubra un punto tumefacto y edematoso. La compresion en diferentes sentidos revela mucha sensibilidad ; y por lo general se descubre, mediante la palpacion combinada con el tacto, un punto particularmente doloroso en uno de los lados del útero.

A medida que avanza el segundo período, ó sea de infiltracion, el tejido areolar invadido se endurece, y si se practica entónces cuidadosamente el tacto vaginal combinado con la palpacion esterior, se percibirá un tumor del tamaño de una nuez, de un huevo de gansa, ó de una naranja, en uno de los ligamentos anchos, ó en el tejido alrededor del cuello.

No hay que suponer, sin embargo, que baste la simple introduccion del dedo en la vagina para descubrir lo que con frecuencia requiere el mas atento y cuidadoso exámen. Una vez introducido el dedo hasta el hocico de tenca, y colocada la otra mano sobre el hipogastrio, á fin de que haga contra-presion, se comprime cuidadosamente con el primero el fondo de saco vaginal posterior, los tejidos que rodean el cuello, y la base de la vejiga, y se le empuja tanto como sea posible hácia el fondo. En seguida se le hace recorrer del mismo modo los lados de la

pélvis donde se encuentran los ligamentos anchos, y por último las partes situadas debajo de la bóveda pelviana. Al que tenga la práctica suficiente de este modo de examinar, le bastará generalmente el procedimiento indicado para determinar la existencia de un punto, por pequeño que sea, de induracion á los lados, ó delante del útero. Algunas veces, cuando la induracion se encuentra detras de la matriz, la esploracion rectal esclarece notablemente el diagnóstico.

Si el mal ha llegado al tercer período, además de los signos antedichos, el útero, que segun se ha manifestado está generalmente dislocado, se encuentra entónces traido fuera de su posicion normal, y en direccion opuesta al foco purulento. A veces está tumbado sobre el suelo de la pélvis; otras en estado de anteversion, retroversion, ó látero-version, y algunas, si bien mas raras, se encuentra doblado fuertemente, quedando el cuerpo movible despues de haberse fijado el cuello.

Sea cual fuere la posicion viciosa que haya sido obligado á tomar, el útero queda hasta cierto punto inmóvil, fijado por la linfa adhesiva; aunque la fijacion en estos casos no es tan completa ni tan general como en los de pelvi-peritonitis. Estoy convencido de haber observado dos casos en que sin disputa no existía la menor fijeza del órgano; pero esto es muy raro. Nonat llegó á decir que la misma masa flemonosa puede ser movible, y el Dr. Duncan refiere un caso que parece comprobar dicho aserto. Yo por mi parte jamas he visto un solo ejemplo en que la masa inflamada no estuviese sólidamente fija.

Diagnóstico diferencial.—La enfermedad que estudiamos puede confundirse con—

Tumores fibrosos;
Hematocele;
Pelvi-peritonitis.

Los tumores fibrosos no acarrean dolor ni sensibilidad, y se mueven en la pélvis; no van acompanados de escalofríos, fiebre, ni otros síntomas inflamatorios, y están íntimamente adheridos al útero, formando parte de esta víscera. Los tumores que provienen de la celulitis peri-uterina manifiestan, por el contrario, caractéres del todo distintos, y parecen hallarse firmemente unidos, á manera de escrecencias huesosas, á las paredes de la pélvis.

El hematocele se presenta repentinamente, acompañado de hemorragia uterina y de postracion, enfriamiento y otros fenómenos característicos de pérdida de sangre; además, el tumor que ocasiona es blando primero, y luego se endurece; miéntras que el producido por la celulitis peri-uterina es duro al principio, con tendencia á reblandecerse.

La pelvi-peritonitis manifiesta los rasgos ordinarios de la flegmasía peritoneal, mucha tendencia á recaidas durante las reglas, sensibilidad y dolor escesivos; y al principio no ocasiona un tumor apreciable, sino una induracion de toda la bóveda de la pélvis; y si bien suele

descubrirse con posterioridad un tumor pequeño, este se encuentra ordinariamente detras del útero, y no á un lado. La movilidad del órgano gestador es menor que en casos de celulitis; y comprimiendo el cuello, se puede algunas veces moverlo cuando el cuerpo se encuentra fijo.

Consecuencias de la celulitis.—Los resultados ulteriores de esta afeccion son tan graves, que bastarían para considerarla como una gran calamidad, aun cuando no la acompañasen peligros inmediatos. Algunas veces un trabajo supuratorio destruye los ovarios; otras se atrofian á consecuencia de la inflamacion, quedando con frecuencia obstruidas las trompas uterinas. El útero, fijado en una posicion falsa por fuertes adherencias, se queda á menudo dislocado permanentemente. De suerte que aunque se logre la curacion del mal, la mujer permanece muchas veces en la imposibilidad de ejercer algunas de las mas importantes funciones fisiológicas que le son peculiares; pudiendo la esterilidad, la amenorrea, la dismenorrea, la menorragia, la hidropesía de los oviductos,[1] y las dislocaciones del útero, quedar atestiguando la gravedad del mal primitivo, y continuar indefinidamente como fuente de padecimientos para la enferma, y de desaliento para el médico.

Tratamiento.—Cuando la mujer es fuerte y el caso se presenta en el primer período, ántes que haya ocurrido la exudacion ó, si ha ocurrido, ántes que se organice completamente, se aplicarán sin pérdida de tiempo sanguijuelas al higopastrio, y en seguida cataplasmas calientes de harina de linaza, que se renovarán cada tres ó cuatro horas; el vientre se mantendrá constipado; y si existiere movimiento febril, se calmará con bebidas refrigerantes, ó con sedantes directos, como la tintura de eléboro verde,[2] de aconito,[3] ó de *gelseminum.*[4] Tambien se someterá á la enferma á la influencia calmante del opio, que debe mantenerse constantemente durante el período agudo de la enfermedad; pues de ese modo, no sólo se alivia el dolor, sino que se disminuye la intensidad del trabajo inflamatorio, se mantiene el vientre estreñido, se procura el sueño, y se produce una quietud general de los nervios. Si

[1] Aran, ob. cit., p. 638.

[2] Hé aquí la fórmula de la *Tinctura Veratri Viridis* de la *F. de los E. U.*: "Tómense 470.0 de polvos de eléboro americano, y una cantidad suficiente de alcohol; humedézeanse los polvos con 118.0 de alcohol, comprímanse fuertemente en un filtro cilíndrico y añádase gradualmente el alcohol hasta obtener 950.0 de la tintura." La dósis es de 3 á 5 gotas, observándose gran precaucion en su administracion y aumento.—Nota del Traductor.

[3] *Tinctura Aconiti Radicis*, ó tintura de raíz de acónito de la *F. de los E. U.* se prepara humedeciendo 350.0 de polvos finos de raíz de acónito con 175.0 de alcohol, y dejándolos bien apretados en un filtro cilíndrico, se añade gradualmente alcohol hasta obtener 950.0 de la tintura, cuya dósis es de 2 á 5 gotas en un poquito de agua.—Nota del Traductor.

[4] La tintura de *gelseminum*, segun el Dr. H. C. Wood, se obtiene macerando 118.0 de raíces frescas del *gelseminum sempervirens* en 470.0 de alcohol dilatado. Preparada de esta manera puede administrarse la tintura en dósis de 20 á 40 gotas.—Nota del Traductor.

al hacer la primera visita se encontrare á la enferma padeciendo intensamente, convendrá inyectar en el tejido areolar del brazo diez gotas de la disolucion de morfina de Magendie, á favor de la jeringuilla hipodérmica.

Se ha de recomendar el mas absoluto reposo, sin permitir de ninguna manera que la enferma se siente en la cama, ni por un momento. Si en el tratamiento de esta afeccion me viese obligado á no emplear mas que un solo remedio, elegiría el que acabo de indicar, con preferencia á todos los demas ; pero es necesario insistir imperiosamente en su observancia para que pueda lograrse algo por su medio.

Los alimentos deben ser simples y no escitantes, componiéndose principalmente de leche con sustancias farináceas, té, y café.

Tan pronto como hayan cedido los síntomas agudos, y se descubra mediante el tacto vaginal que la organizacion del líquido exudado se va completando, se deberá hacer otro esfuerzo para disipar el encadenamiento morboso ántes que pase á la supuracion, ó á la induracion crónica. Esta tentativa se hace aplicando sobre el hipogastrio un vejigatorio de 6 pulgadas de ancho y 2 de largo ; lo que no se hará, sin embargo, hasta que hayan desaparecido el movimiento febril y los síntomas mas agudos. Sir James Simpson, y otras autoridades eminentes se oponen á la vesicacion, temiendo que cause estrangurria; pero yo jamas he tenido motivo para arrepentirme de haberla empleado. Si el caso tiende á una marcha aguda, y es inminente la supuracion, deberá favorecerse esta con la constante aplicacion de cataplasmas.

Nuestros esfuerzos se dirigirán á calmar los síntomas inflamatorios generales miéntras dure la agudeza del ataque ; pero una vez disipada esta, las mejores autoridades convienen en que debe administrarse el yoduro ó el bromuro de potasio, el primero á dósis de 30 centígramos cada tres ó cuatro horas, y el segundo de 6 á 9 decígramos ó 1 gramo, repetidos á iguales intervalos. Aunque no niego la utilidad de estas drogas, confieso que nunca he podido persuadirme de que produzcan beneficiosos resultados.

Con los purgantes mercuriales es como se logra con mas seguridad desingurgitar las venas pelvianas y el intestino bajo, pues obran mas directamente sobre el hígado, que regula la salida del sistema de la vena porta, con que aquellas están relacionadas. Los mercuriales, administrados oportunamente de esa manera, son en alto grado beneficiosos para el alivio de la hiperemia, elemento importante de la afeccion ; sin que se desenvuelva la accion específica de esas preparaciones, que en estos casas obran, no como elemento principal, sino subordinado, del tratamiento. La salivacion debe evitarse, pues no es nada seguro que produzca buen resultado, y podrá ser positivamente nociva, alterando la sangre al principio de una enfermedad que quizás llegue á agotar las las fuerzas de la enferma. A medida que pasa el período agudo de la afeccion, debe mantenerse el vientre corriente á favor de laxantes, es-

tando indicada en consecuencia la administracion oportuna del mercurio. Otra aplicacion de sanguijuelas puede llegar á ser necesaria, y muchas veces se indica la repeticion del vejigatorio ántes que el mal termine por supuracion ó pase á la forma crónica.

Miéntras permanece en cama la enferma, se mantiene el hipogastrio cubierto con cataplasmas calientes ó toallas empapadas en agua caliente, y esprimidas; y se cubren con un hule de seda, despues de aplicadas. La ducha caliente empleada con constancia por espacio de veinte minutos, por la mañana y por la noche, y de una de las maneras ya descritas, es tambien remedio emoliente de mucha utilidad. La temperatura del líquido será tan elevada como pueda soportarla la enferma, y en los últimos períodos se le darán propiedades ligeramente medicamentosas, añadiéndole una cantidad suficiente de cloruro de sodio, tintura de yodo, ó yoduro de potasio. Las inyecciones, son de gran valor en estos casos, pues al mismo tiempo que escitan los vasos absorbentes, disminuyen el trabajo inflamatorio.

Como quiera que esta enfermedad reviste, en su tercer período, los caractéres del abceso de la pélvis, me ha parecido mejor dejar su estudio para el capítulo en que trataré de este último asunto; limitándome á decir tan sólo aquí que se ha de cuidar mucho de no permitir que la enferma se ocupe en ningun trabajo durante algunas semanas despues de la formacion y evacuacion de un abceso, por temor de una recaida; debiendo guardar cama en las dos ó tres primeras épocas menstruales, aun despues de haber salido de casa y empezado á hacer ejercicio como de costumbre.

CAPÍTULO XXVIII.

PELVI-PERITONITIS.

Definicion.—Desígnase con el nombre de peritonitis pelviana la flegmasía que interesa esclusivamente la parte del peritoneo que cubre las vísceras pelvianas ; y no se crea que esta definicion comprende la variedad de flegmasía peritoneal que, desarrollándose en la pélvis, se estiende luego á la membrana entera y desde hace tanto tiempo se describe bajo la denominacion de metro-peritonitis ; pues la enfermedad de que vamos á tratar se halla precisamente circunscrita á la pélvis, presenta síntomas que le son peculiares, y rara vez reviste el carácter de la peritonitis general.

Historia.—Mucho tiempo ántes que se conociese la celulitis pelviana, la flegmasía de la porcion del peritoneo que cubre los órganos pelvianos había llamado la atencion, notándose cumplidamente su semejanza clínica con la celulitis, segun la descripcion que de esta última lesion se hizo en época posterior. Así, Morgagni[1] refiere un caso en que, treinta dias despues del parto, estaban adheridos al cólon y casi destruidos por un abceso el ovario y oviducto del lado derecho. Nauche, en su obra sobre las *Enfermedades del Útero*, publicada en Paris en 1816, describe la inflamacion de la matriz como una lesion que afecta primero la membrana mucosa, y sucesivamente el parénquima y la serosa del órgano. Mme. Boivin, en 1828, atribuyó gran número de abortos, que se creían provenidos de otras causas, á las adherencias resultantes de esta afeccion que aprisionaban el útero ; y en 1833 describió la inmovilidad de la matriz, á que asignaba como causas la peritonitis, la metro-peritonitis, y abcesos pelvianos. Grisolle,[2] en 1839, dijo terminantemente que hay "casos de peritonitis circunscrita, que produciendo un tumor perceptible á simple vista y al tacto, podrían hacer suponer la existencia del flemon;" esto es, un tumor producido por la inflamacion del tejido areolar. Lisfranc,[3] que escribió diez años despues

[1] Artíc. 22°, epíst. 46ª. Nonat, ob. cit., p. 234. [2] Bernutz y Goupil, ob. cit., p. 398.
[3] Clin. Méd., t. iii., p. 514.

que Boivin y Dugès, copia casi al pié de la letra en su artículo sobre la *Fixité de la Matrice*, la descripcion de estos autores, sin mencionarlos, y como ellos, la atribuye á la peritonitis ó la metro-peritonitis.

Estos hechos, aunque conocidos y admitidos generalmente, llamaron muy poco la atencion, y despues que Doherty y Marchal de Calvi describieron la celulitis pelviana, casi se olvidó del todo la pelvi-peritonitis; en términos que los observadores, llevados del entusiasmo causado por la descripcion de un mal por largo tiempo olvidado, dieron en mirar y describir como resultados de la celulitis los de la peritonitis.

Permanecieron así las cosas hasta el año 1857, en que M. Bernutz, en un tratado escrito en union de M. Goupil, además de llamar particularmente la atencion al mal, sostuvo que la flegmasía del tejido celular situado inmediatamente alrededor del útero—enfermedad descrita por Nonat bajo el nombre de *phlegmon péri-utérin*, y que segun nuestra nomenclatura se designaría precisamente como *celulitis peri-uterina*,—no existía cual entidad patológica, y que las lesiones que se le achacaban provenían positivamente de la peritonitis pelviana.

Estas teorías, publicadas primeramente en 1857,[1] hallaron cumplido desarrollo en la obra[2] admirable dada á luz cinco años despues por los referidos autores. No se refieren al asunto general de la inflamacion peri-uterina, cual se presenta en los ligamentos anchos, el tejido sub-peritoneal y alrededor del recto, sino á aquella forma cuyo asiento se supone ser el tejido areolar interpuesto entre el útero y el peritoneo.

Segun he dicho ántes, ciertas teorías emitidas por M. Nonat, referentes á la patología de la induracion peri-uterina que suele terminar por supuracion, estimularon á M. Bernutz á hacer sus investigaciones, mediante las cuales consiguió establecer este punto, relativamente insignificante, y probar además, que muchos casos considerados como ejemplos de celulitis no puerperal, lo son en realidad de inflamacion peritoneal, y no flemonosa; cuyo hecho, al principio, no dejó de sorprender tanto cuanto al mismo Bernutz. Desde la publicacion de estas teorías, me he dedicado con especialidad al estudio de este punto, y las proposiciones que á continuacion presento abarcan las conclusiones que he podido formar, hijas de escrupulosas observaciones así clínicas como necroscópicas :

1ª. La celulitis peri-uterina en la mujer no embarazada es rara, y comunísima la pelvi-peritonitis.

2ª. Gran parte de los casos que ahora pasan por ejemplos de celulitis, lo son realmente de peritonitis pelviana.

3ª. Ambas afecciones son del todo distintas entre sí, y el que con frecuencia se complican mutuamente, no justifica que se las confunda. Pueden compararse respectivamente con la inflamacion serosa y la parenquimatosa del pulmon,—pleuresía y pneumonía ; como estas, son

[1] Archiv. gén. de Méd. [2] Clin. Méd. des Femmes, 1862.

distintas entre sí, atacan estructuras diferentes, y por lo general la una se complica con la otra.

4ª. Ordinariamente pueden distinguirse una de otra, y el *no tratar de* esclarecer el diagnóstico diferencial es tan reprensible como la negligencia en diferenciar la pericarditis de la endocarditis.

M. Bernutz refiere los resultados de cinco autopsias[1] hechas por él y veinte ó treinta por otros observadores, en las que se encontraban todas las señales de la pelvi-peritonitis y ninguna de celulitis; por mas que los síntomas y signos observados durante la vida fueran los que generalmente se atribuyen á esta última enfermedad. A continuacion trascribo los puntos culminantes de su sesta observacion, por cuanto sirven para dar alguna idea de la gran semejanza clínica entre aquellos de sus casos que la autopsia demostró ser de peritonitis, y los que generalmente se consideran como de celulitis.

Enferma Nº. 33; temperamento linfático, ingresó en el hospital el 24 de Noviembre, por debilidad, dolor en la espalda, enflaquecimiento, y dismenorrea. Al cabo de algun tiempo se presentó la inapetencia, aumentó el dolor y empezaron los escalofríos. El tacto reveló que el útero estaba completamente fijo, bajo en la pélvis, é inclinado á la derecha, y que había un tumor del tamaño de un huevo de gallina, muy sensible, adherido al órgano y estendiéndose por detras de él. El 15 de Diciembre el tumor se hallaba ya del tamaño de un huevo de pava. Febrero 1º: el tumor reducido al tamaño de un huevo de paloma; en el lado izquierdo un tumor circunscrito, adherido al útero y á las paredes de la pélvis. Marzo 23: el útero movible, y el tumor reducido al tamaño de una nuez pequeña. Abril 4: muerte; demostrando la autopsia una pelvi-peritonitis tuberculosa comprobada con el exudado tuberculoso, la linfa, pus, adherencias antiguas y firmes, y los ovarios hundidos en una falsa membrana y casi destruidos.

Muchas veces yo había estrañado la semejanza entre la peritonitis y lo que, ántes de recibir luces de M. Bernutz, había tomado en numerosos casos por celulitis, sin poder esplicarme que pasaran comunmente dichos casos al estado de peritonitis general sin derrame aparente de los focos purulentos; pero nunca tuve oportunidad de examinar *post-mortem* un caso de esa naturaleza hasta que se presentó el que paso á describir:

La Sra. M., de 35 años de edad, y en quien nunca ocurrió el embarazo, estuvo á mi cuidado en el *Woman's Hospital* durante el invierno, padeciendo una anteflexion del útero que entónces supuse provenía de una flegmasía peri-uterina. El 6 de Agosto fuí llamado á verla en consulta con el Dr. Roth, su médico de familia, y la encontré con un dolor intenso en la pélvis, acompañado de vómitos incesantes y fiebre. Al

[1] He omitido algunos de los casos anotados por no considerarlos bastante concluyentes.

examinarla por la vagina, reconocí el útero fijo é inmóvil, y la bóveda de la pélvis dura como una tabla. El tejido pelviano se presentaba en todas partes duro y resistente, notándose los signos físicos de lo que yo había acostumbrado llamar inflamacion del tejido celular. La enferma murió repentina é inesperadamente unos ocho dias despues, y, en presencia de los Drs. Roth y J. C. Smith, abrí el cadáver. No había indicios de peritonitis general; el ovario izquierdo presentaba un saco del tamaño de un huevo de gallina, y lleno de pus; el peritoneo pelviano estaba intensamente inflamado, y retenido el útero por falsas membranas antiguas, de las cuales partían tiras que, entretejidas, unían las diversas partes entre sí. El apéndice vermiforme estaba adherido al ovario derecho, y el ciego se encontraba precisamente debajo del útero. El tejido celular pelviano no presentaba el menor vestigio de inflamacion, esceptuando, por de contado, la parte que estaba en contacto íntimo con el ovario.

La fijeza del útero observada ántes de la muerte, provenía de la linfa exudada en el peritoneo pelviano, y no se pudo encontrar en el tejido areolar pelviano la menor huella de un trabajo inflamatorio que esplicase la presencia del exudado. Es cierto que el ovario izquierdo, envuelto en los repliegues del ligamento ancho, estaba inflamado, y que el tejido celular, inmediatamente á su alrededor, era asiento de cierto grado de inflamacion; pero esta no se estendía.

Frecuencia.—Las observaciones necroscópicas de casos de celulitis, referidos por West, Nonat, Aran y McClintock, por ejemplo, presentan claras pruebas de haber estado aquellos acompañados casi siempre de esta complicacion; y Aran la observó en mayor ó menor grado, aun sin existir aquella enfermedad, en cincuenta y cinco por ciento de los cadáveres de mujeres examinados en su clínica. Esto prueba que la peritonitis, circunscrita á las vísceras pelvianas, es una afeccion comun que generalmente se pasa por alto; y es probable que de ella provengan muchos de los ataques de dolores violentos en el hipogastrio que se presentan con la menstruacion ó inmediatamente despues de esta, acompañados de vómitos y de una fiebre ligera; y que mirándose de ordinario como calambres ó cólicos uterinos, se tratan con remedios caseros.

Patología.—La marcha de la pelvi-peritonitis, como la de la flegmasía general del peritoneo, consta de tres períodos. En el primero hay una simple ingurgitacion ó turgencia de los vasos que causa enrojecimiento, sequedad, y dolor. En el segundo existe un estado de cosas del todo distinto que, para apreciarlo cabalmente, debe tener presente el lector lo que se llama *bóveda de la pélvis.* Una línea imaginaria que, partiendo de un punto situado justamente debajo de la arcada pubiana, se dirija hácia atras, atravesando el cuello en su punto de union con la vagina, y terminando en el sacro en el punto de insercion de los ligamentos útero-sacros, representará exactamente esa bóveda

formada por el tabique vésico-uterino, la estremidad inferior del útero, que, digámoslo así, parece que sale por un agujero de la bóveda, la parte superior del fondo de saco vaginal, y los ligamentos útero-sacros. Encima de este plano, segun la espresion de Nonat, los órganos genitales flotan en "una atmósfera de tejido celular." Imagínese el lector

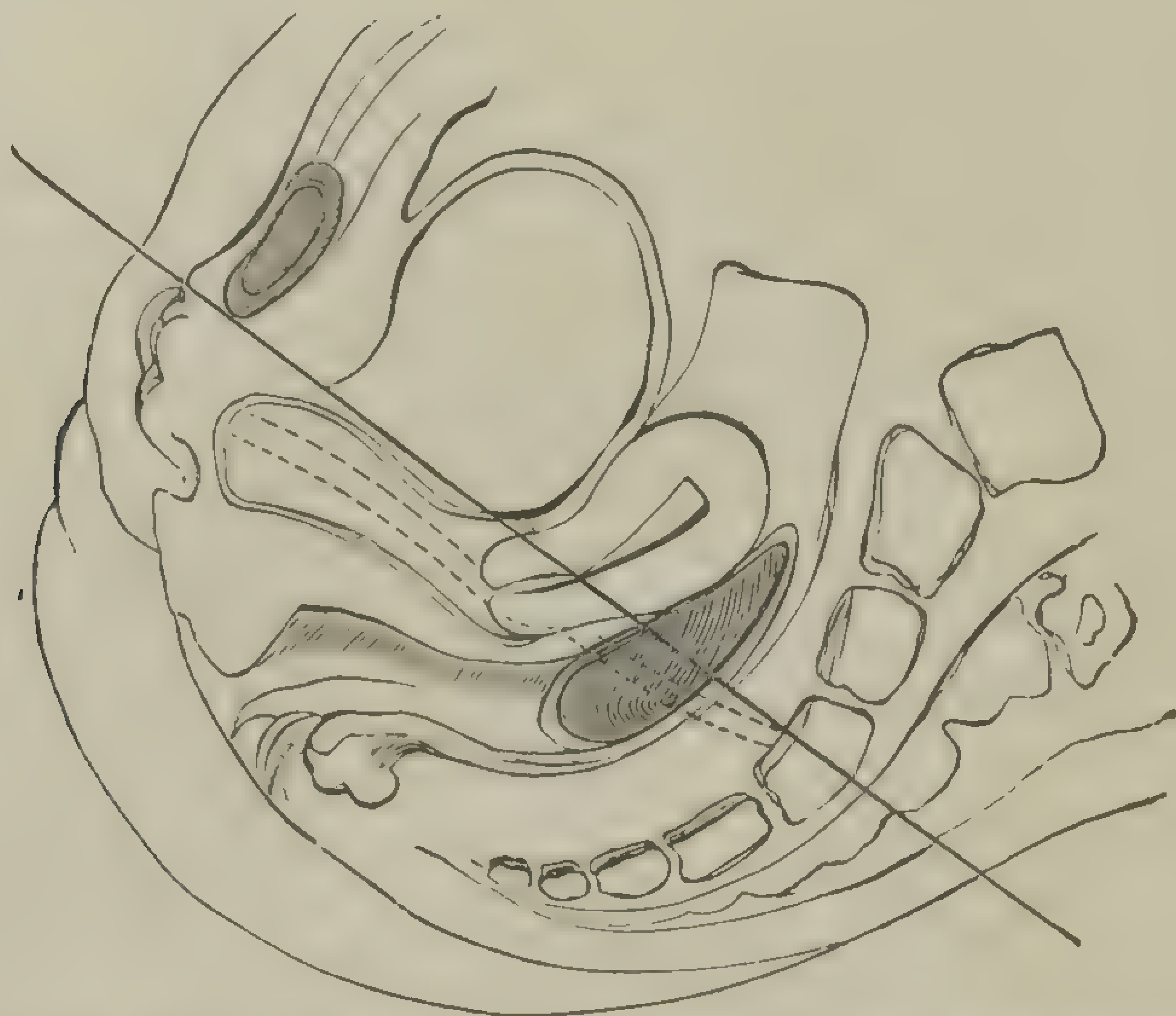


FIG. 140.—La línea recta representa aproximadamente la bóveda de la pélvis; la de puntos, la representa con mas exactitud.

dichos órganos, no rodeados por ese tejido blando y elástico, sino fijados en sus lugares correspondientes á efecto de una mezcla líquida de yeso que, vertida sobre ellos en todos sentidos, se ha endurecido despues, y podrá formar una idea exacta de la sensacion que percibe el dedo cuando se practica el tacto vaginal durante el segundo período de la enfermedad. La bóveda de la pélvis se presenta dura y leñosa como una tabla, segun la comparacion del Profesor Doherty. El útero, generalmente muy dislocado, está inmóvil; y sus anejos parecen fijados por el mismo elemento sólido que los rodea.

Este segundo período está caracterizado por un exudado de linfa plástica sobre la superficie del peritoneo, y de un líquido seroso, purulento, ó sero-purulento, en sus partes mas bajas.

En el tercer período el líquido, si es seroso, es reabsorbido; si purulento, es evacuado; y el exudado de linfa se organiza contrayéndose despues. Esto aglutina el útero, sus anejos y una parte de los intestinos en una masa que presenta todos los signos físicos de un tumor.

Causas.—Las causas del mal son:

Inflamacion del tejido celular peri-uterino;
Parto ó aborto;
Blenorragia;
Endometritis, ovaritis, ó salpingitis;

Derrame de líquidos en el peritoneo;
Traumatismo;
Imprudencias durante la menstruacion;
Degeneracion cancerosa ó tuberculosa;
Dislocacion de la matriz.

La frecuencia con que la primera produce el mal, es punto que se ha estudiado ya con suficiente detenimiento. El parto y el aborto son causas tan bien conocidas, que me parece casi innecesario detenerme aquí á probar su influencia como tales; de paso mencionaré, sin embargo, las 53 autopsias de Aran,[1] entre las cuales, de 38 mujeres multíparas, 24 presentaban señales claras de haber padecido la enfermedad; miéntras que de 15 nulíparas, sólo 5 daban tales muestras.

La propagacion de una blenorragia al útero y por los oviductos, es orígen fecundo del mal. M. Bernutz dice que de 99 casos suyos, 28 fueron producidos de esa manera; yo he observado muchos casos graves causados por la blenorragia; y en otro lugar he aludido detenidamente á la gran importancia que da Noeggerath á esta causa.

Estraordinario sería que la ovaritis y la endometritis no se convirtieran á veces en causas de peritonitis; pero las autopsias practicadas despues de la existencia de aquellas, tanto en el estado puerperal como en el no puerperal, prueban abundantemente que con frecuencia la determinan.

La salpingitis la produce, no sólo por la propagacion de la flegmasía de la mucosa á la serosa con que está en contacto, sino por el derrame de la acumulacion purulenta en la cavidad peritoneal.

El derrame de flúidos en el peritoneo es causa innegable, no ménos de la peritonitis pelviana que de la general. Yo mismo produje una vez un caso bien marcado, que estuvo á punto de terminar funestamente, inyectando en la cavidad uterina una disolucion de persulfato de hierro, de cuyo paso al traves de las trompas no me quedó la menor duda, pues en ménos de tres minutos se presentó un dolor agonizante, que continuó hasta el desarrollo de la inflamacion. Este peligro ha hecho que la mayor parte de los prácticos abandonen casi del todo el uso de inyecciones intra-uterinas, á ménos que se haya dilatado previamente el cuello. La entrada de flúidos en la cavidad del peritoneo puede, sin embargo, efectuarse de otras muchas maneras, como por ejemplo, por la rotura de un quiste del ovario, la evacuacion de una hidropesía tubaria, ó de un abceso pelviano, una hemorragia intra-peritoneal, la regurgitacion de sangre menstrual consiguiente á una obstruccion, etc.

Las lesiones traumáticas, caidas, daños sufridos durante el parto, punturas, etc., pueden determinar la peritonitis circunscrita igualmente que la general.

Es evidente que durante la menstruacion, funcion fisiológica que

[1] Ob. cit., p. 718.

acarrea la rotura del ovario y da lugar á un derrame sanguíneo que tiene que pasar al útero por un tubo estrecho, no siempre en contacto íntimo con el ovario, toda esposicion tiende necesariamente á producir una flegmasía del peritoneo. De los 99 casos de M. Bernutz, 20 ocurrieron de esta manera.

La presencia de tubérculos en la parte, ya sea en el peritoneo, ya en el tejido uterino ó ya en el de las trompas, puede dar por resultado una inflamacion secundaria, como sucede en otros lugares; y es aun mas probable que la degeneracion cancerosa ó cancroídea produzca idéntico resultado.

Causas las mas leves bastan para escitar la enfermedad, dadas ciertas condiciones particulares del organismo; y sucede comunmente que se hace responsable al médico de la terminacion funesta de un mal, que estaba él tan léjos de suponer que ocurriera por causa suya, como los mismos parientes de la enferma. Yo mismo he visto provocar la lesion por la introduccion de la sonda uterina, el empleo de un pequeño dilatador de esponja, y en un caso por la entrada en el útero del agua inyectada en la vagina. El Dr. Barnes en su escelente obra sobre las *Enfermedades de las mujeres*, publicada poco há, dice: "he visto la simple aplicacion del nitrato de plata al cuello del útero ocasionar una peritonitis funesta." Es deber de todo médico, para con cualquiera de sus colegas que sufra un contratiempo de esta naturaleza, escudarlo con la proteccion que legítimamente prestan los hechos que acabamos de mencionar; pero, por otro lado, tambien debe el facultativo tener muy presente el siguiente párrafo, que está impreso en letra cursiva en la obra del Dr. Savage sobre los *Female Sexual Organs: Ningun procedimiento quirúrgico debe ser practicado en parte alguna del sistema uterino, sin las precauciones que se toman en las operaciones graves; en ciertos estados del sistema general no indicados de antemano por ningun pródromo perceptible, operaciones las mas insignificantes han sido seguidas en muy poco tiempo de peritonitis funesta.*

Variedades.—Esta afeccion puede tomar una forma aguda ó crónica; aunque por lo regular presenta desde el principio los rasgos de la primera, cuando constituye la enfermedad principal; pero manifiesta muchas veces cronicidad desde el orígen, cuando sobreviene como complicacion de la tuberculosis ó de una enfermedad uterina. Además de estas, hay otras dos variedades que no deben silenciarse: la pelvi-peritonitis menstrual, que se agrava periódicamente al efectuarse la rotura de la vesícula de Graaf y la espulsion del huevo, y la peritonitis recurrente que dura muchos años, desapareciendo, sin embargo, por largos períodos y reapareciendo con gran violencia por cualquier causa leve. En la actualidad tengo bajo mi observacion dos casos de esta naturaleza, uno de los cuales ha durado diez años, y el otro ocho; las enfermas se ven casi completamente libres del mal por ocho, diez, ó doce meses, al cabo de los cuales cualquiera causa, al parecer insignificante, determina

un ataque grave y escesivamente doloroso. En uno de estos casos la peritonitis se complica siempre con la flegmasía del tejido celular; y como consecuencia de los ataques, sobreviene frecuentemente la evacuacion por la pélvis de un foco purulento.

Síntomas.—La forma aguda se presenta acompañada de—

Dolor y sensibilidad en la pélvis;
Gran irritacion de la vejiga, algunas veces;
Fiebre;
Aumento de temperatura, por lo general;
Náuseas y vómitos;
Ansiedad en la fisonomía;
Perturbacion mental;
Timpanitis;

La invasion de un ataque agudo intenso, suele producir escalofríos, ó bien una sensacion tan ligera de enfriamiento que, si no se hace que la enferma repare en ella, no se acordará de haberla esperimentado; otras veces el dolor y la fiebre se manifiestan sin aquel síntoma.

El dolor es unas veces ligero, otras de lo mas intenso; y suele presentarse con paroxismos en estremo agonizantes, que dejan postrada á la enferma. Yo le he visto producir una agonía idéntica á la que se esperimenta durante el paso de un cálculo biliar; y he visto á la enferma revolverse en la cama, morder las sábanas, y dar gritos los mas lastimosos; pero ordinariamente no reviste un carácter tan violento. El dolor suele hacerse manifiesto al principio de la enfermedad, ó ir precedido, durante algunos dias, de malestar y pesadez en la pélvis.

La region hipogástrica se encuentra tan sensible en toda su estension, que la enferma no puede soportar siquiera el peso de la ropa de la cama; y para encontrar alivio, permanece acostada de espaldas con las piernas dobladas á fin de relajar los músculos abdominales.

El movimiento febril, segun indica el pulso, es muy ligero en los casos leves, y bastante considerable en los graves; el pulso es pequeño y tenso, variando en rapidez de 110 á 120 pulsaciones por minuto.

Los fenómenos termométricos tambien son variables. La temperatura suele ser normal ó mas baja de lo regular, al principio de un caso que tal vez toma luego un carácter grave; y Wunderlich dice que "en la peritonitis las temperaturas sub-normales son particularmente comunes y siempre dejan lugar á sospechas; pudiendo seguirlas prontamente la muerte. Las temperaturas elevadas y ascendentes no son, por sí solas, indicaciones de una terminacion funesta; aunque sí indican la coexistencia de otro elemento peligroso. Lo que mas debe temerse no es la elevacion positiva de la temperatura, sino su persistencia, y las grandes é irregulares oscilaciones entre un grado muy alto y otro muy bajo." Sin embargo, cuando un caso principia por una temperatura de 41° C., es muy de temer que lleve una marcha violenta y peligrosa; así

como, por otro lado, no presta completa seguridad una temperatura normal, por mas que puede considerársela de muy feliz augurio. Puede decirse en términos generales que el termómetro, en esta afeccion, será una guia ineficaz para quien confíe absolutamente en sus revelaciones; pero de gran utilidad para el que las considere simplemente como auxiliares del diagnóstico y del pronóstico.

Las náuseas y los vómitos, aunque síntomas comunes, no se presentan por lo regular en grado suficiente para que causen mucha incomodidad.

La fisonomía espresa una ansiedad singular, y á veces la presencia de aréolas oscuras alrededor de los ojos da á la enferma un aspecto muy estraño.

En los casos agudos he observado generalmente una perturbacion acentuada del entendimiento, como si la enferma esperimentase el temor instintivo de una enfermedad grave; existiendo, aun en casos crónicos, tendencia marcada á una ligera enajenacion mental. En varios casos he visto llegar esto al estremo de la locura completa.

Se dirá con razon que los síntomas mencionados indican la peritonitis general, lo cual es efectivamente cierto; siendo simplemente la menor gravedad de la afeccion y el estar circunscrito á un punto fijo el dolor y la sensibilidad lo que denotará su carácter parcial.

Con respecto á la peritonitis general, puede decirse, por una parte, que, de todas las enfermedades, es la que se manifiesta con mayor número de síntomas y caractéres especiales; y que por otra, sigue á veces su funesta marcha de una manera tan latente, que aun en sus últimos períodos escapa á la penetracion del mas hábil investigador. Si esto es cierto en cuanto á la enfermedad general ¡ con cuánta mas razon debe serlo con respecto á la forma circunscrita! Así vemos disiparse las variedades subaguda y crónica, sin que sean apreciadas; reconociéndose únicamente el hecho de su existencia al descubrir, despues de la muerte, adherencias sólidas en toda la bóveda de la pélvis. Estas formas presentan ménos dolor y sensibilidad que la aguda, y ménos tendencia á náuseas y movimiento febril; sintiéndose simplemente algunas veces una incomodidad local, que en las épocas menstruales llega á ser dolor, acompañada de fiebre hácia la noche, dificultad al andar, y debilidad y malestar general. Aran anunció esta ausencia notable de síntomas en la pelvi-peritonitis, y el Dr. Duncan,[1] haciendo alusion á ella, se espresa con estas palabras: "Podría aducir casos de ovaritis blenorrágica, que, originándose en jóvenes sanas, terminaron en la fusion de todas las partes de la pélvis en una masa sólida é inmóvil, y eso sin que la enferma perdiera su semblante alegre y risueña, ó se quejase mucho de dolor; á ménos que se la interrogase minuciosamente, y entónces achacaba su padecimiento principal á irritacion de la vejiga."

[1] "Perimetritis and Parametritis," p. 78.

Signos físicos.—Durante el primer período, el exámen no revela sino sensibilidad al comprimir el fondo de saco vaginal, y al elevar el útero ; se halla tambien el hipogastrio sensible á la presion ; y no se descubre por el tacto vaginal la sensacion edematosa, de blandura y de pastosidad, que acompaña á la celulitis. Si la enfermedad sigue su marcha como uno de tantos ataques muy insignificantes, que no manifiestan síntomas graves y que apénas se echan de ver, ni este ni los otros períodos presentarán mas signos físicos ; pero si el mal adquiere mas gravedad, podrá percibirse en el tabique recto-vaginal, ó á un lado del útero, una sensacion simplemente de resistencia, ó bien una tumefaccion que se asemeja á un tumor mal circunscrito ; pudiendo desde muy al principio descubrirse una sensacion de fluctuacion, cuando el proceso inflamatorio ha dado por resultado una cantidad pequeña de linfa, y abundante de serosidad y pus. La movilidad de la matriz se halla siempre mas ó ménos comprometida, encontrándose el órgano absolutamente fijo en casos graves ; lo cual esplica por qué Lisfranc y Boivin designaron este mal con el nombre de "fijeza," ó "inmovilidad," de la matriz.

Ya he dicho que comunmente se percibirá un tumor detras ó á un lado del útero ; y ahora añadiré que este tumor, formado por el aglutinamiento de las vísceras abdominales y pelvianas, es en estremo sensible al tacto.

La tumefaccion suele desaparecer con la salida del pus, cuando el mal termina por supuracion ; pero permanece dura y resistente por algun tiempo si el exudado de linfa se organiza por completo. Esta acumulacion disloca el útero casi siempre, unas veces empujándolo en una direccion opuesta, otras atrayéndolo á sí, á medida que se va contrayendo la linfa.

Hace algunos años que observé en compañía del difunto Profesor G. T. Elliot, un caso en que la presencia de una bolsa al parecer llena de flúido, en el fondo de saco vaginal posterior, sin que ninguna de las partes que la rodeaban se encontrase adherente y sin que el tacto descubriese la menor tumefaccion ó resistencia, nos causó bastante perplejidad por algunos dias, ántes de su funesta terminacion. La enferma murió repentinamente de peritonitis general, y en la autopsia, practicada por el Profesor J. W. S. Gouley, encontrámos en el útero un pequeño trozo fétido de placenta, resultado de un aborto reciente ; un abceso en el ovario derecho, que abriéndose en el peritoneo, había causado una flegmasía general de esta serosa ; y una pelvi-peritonitis, visiblemente de mas de una semana de duracion, que había formado un foco purulento en el fondo de saco peritoneal posterior, limitado á este espacio por falsas membranas que le formaban un techo completo ; y de esta acumulacion era que provenía la sensacion que hemos mencionado.

En otro caso, que pasó á mis manos el Profesor J. C. Hutchinson,

de Brooklyn, el útero se encontraba unido fuertemente al sacro por una masa dura, resistente y muy sensible. Existía una flegmasía considerable de la mucosa del cuerpo, y habiendo aplicado imprudentemente á la cavidad uterina la tintura de yodo, el resultado fué desarrollarse una violenta pelvi-peritonitis que casi se hizo general. Diez dias despues de su invasion, se presentó en el fondo posterior de la vagina un tumor blando y fluctuante que, haciéndose despues muy doloroso, me indujo á introducir en él una aguja esploradora que hizo evacuar como 30 gramos de una serosidad límpida, con gran alivio de la enferma.

Curso, duracion y terminacion.—En ninguna enfermedad podrían ser estas mas variables que en la que venimos considerando. Sus fases presentan gran analogía con las de la flegmasía de la pleura; y así como esta se manifiesta bajo formas diversas, que varían desde el simple *dolor de costado*, producido por una flegmasía de la pleura, cuya estension quizás no escede del diámetro de un medio peso de plata, hasta la empiema y la pleuresía tuberculosa que puede persistir hasta que se siga la muerte, determinada por la tisis pulmonar ó el pneumotorax, así se observan variaciones análogas en la pelvi-peritonitis. Esta suele seguir una marcha latente, dejando como únicas señales de su existencia las adherencias que se descubren en la autopsia; y puede recorrer sus dos primeros períodos en tres ó cuatro semanas, dejando completamente dislocada la matriz por la continuacion del tercero. Tambien puede manifestarse de nuevo, con cierto grado de agudeza, durante los menstruos, haciéndolos muy dolorosos; puede, cuando proviene de tubérculos, persistir, agotando lentamente las fuerzas de la enferma; ó puede producir una acumulacion purulenta que, vaciándose en el peritoneo por las adherencias que la rodean, dé lugar al desarrollo de una peritonitis general; la cual puede asimismo ser resultado de la propagacion del proceso morboso del peritoneo pelviano á la serosa en toda su estension.

Diagnóstico diferencial.—Las enfermedades con que mas fácilmente se puede confundir la pelvi-peritonitis son:—

Celulitis peri-uterina;
Hematocele pelviano;
Tumores fibrosos;
Acumulacion de materias fecales.

Celulitis peri-uterina.—La distincion entre esta y la enfermedad de que se está tratando, si bien bastante fácil en algunos casos, es imposible en otros. La dificultad se esperimenta cuando la inflamacion peri-uterina invade el tejido mas inmediato al útero, circunscribiéndose á él; pero sabido es que esto es muy raro. La causa del ataque encaminará á menudo nuestras sospechas en la debida direccion. La flegmasía del tejido areolar rara vez ocurre sino despues de un parto, de un aborto, ó de una operacion en las vísceras pelvianas; la peritonitis resulta con

frecuencia de la impresion del frio durante las reglas, de una enfermedad de los ovarios, ó de un derrame en la cavidad peritoneal. Cuando el ataque reconoce por causa una blenorragia, la flegmasía probablemente interesa el peritoneo en vez del tejido celular; juicio que formaríamos *a priori* por la relacion anatómica de las partes, y que la estadística ha corroborado plenamente. Segun West y Aran, 1 ó 2 de cada 100 casos de celulitis son producidos por la blenorragia, y Bernutz asegura que de esta se originan 28 por ciento de los casos de peritonitis.

Hematocele pelviano.—Este se distingue por lo súbito de su aparicion; por faltar desde el principio signos inflamatorios, la presencia de los que acompañan á la hemorragia, y el volúmen mucho mas estenso del tumor, que se diferencia del producido por la peritonitis, en ser primero algo blando, y endurecerse gradualmente. La presencia de un flujo abundante de sangre tambien indica el hematocele; pero la hemorragia, si bien en grado menor, suele sobrevenir asimismo en la peritonitis. El hematocele escita muchas veces la peritonitis, y así ámbos coexisten con frecuencia.

Los tumores fibrosos se conocen generalmente por la ausencia de dolor, de sensibilidad al comprimirlos, de sensacion edematosa y de síntomas inflamatorios, y por la lentitud de su desarrollo; además son movibles por lo comun, y no fijan el útero.

Acumulacion de materias fecales.—Preséntase con no poca frecuencia como complicacion de la peritonitis y de la celulitis despues que estas hayan durado algun tiempo y perdido sus caractéres agudos; y con mas especialidad despues que se haya administrado opio por largo tiempo para aliviar el dolor que las acompaña. Dicha acumulacion no sólo existe como complicacion, sino que sé que ha durado mucho despues de haberse disipado el mal inflamatorio que la precedió; haciendo suponer que todavía existía este, por achacarse á la enfermedad primitiva el dolor causado por la complicacion. En la actualidad me ocupo en arreglar, con objeto de publicarlos, los datos de cuatro casos muy notables, en que despues de cuatro ó cinco meses de grandes padecimientos, ocasionados por lo que se creyó que era una flegmasía peri-uterina, para la cual se había administrado abundantemente el opio, descubrí una gran acumulacion fecal, cuya evacuacion proporcionó un alivio completo y permanente. A mi modo de ver se presenta esto con tanta frecuencia, bien como resultado y complicacion de la flegmasía peri-uterina, ó bien como estado independiente que se confunde con esta, que jamas me hago cargo de un caso que haya sido tratado por otros, sin proceder á un exámen para averiguar su existencia; y siempre trato solícitamente de evitar que ocurra en los casos sometidos desde su principio á mi cuidado.

Importancia de distinguir la peritonitis de la celulitis.—La importancia de distinguir estas dos afecciones una de otra, está en parte

basada en que causa ménos impresionabilidad la primera que la segunda. Casos ha habido en que la introduccion de la sonda uterina, la aplicacion de un tópico á la cavidad ó aun el uso de una inyeccion vaginal que por casualidad ha penetrado en la matriz, han producido la muerte de resultas de una peritonitis que se ha estendido hasta interesar todo el peritoneo. Dicha distincion es tambien importante con respecto al pronóstico relativamente al curso del mal y sus consecuencias ulteriores. Por último, conviene no olvidar que, para ensanchar nuestro conocimiento de las enfermedades de todos los órganos, es preciso separarlas cuidadosa y sistemáticamente unas de otras; pues, así como, sin esta separacion, el estudio de las afecciones cardíacas agudas, bajo el nombre comun de *carditis*, no habría podido conducir nunca á los resultados obtenidos mediante el de sus variedades separadamente, así la investigacion de las lesiones de que estamos tratando no sería completa sin la debida division entre ellas.

Pronóstico.—Si la afeccion se presenta despues del parto ó de un aborto, es mayor la gravedad del pronóstico; el cual, en otras circunstancias, está subordinado en gran parte á los síntomas generales. Cuando estos demuestran gran intensidad de inflamacion, y el trastorno constitucional se manifiesta con náuseas y vómitos escesivos, aceleracion del pulso, ansiedad en la fisonomía, etc.; en otros términos, cuando los síntomas indican la probable propagacion de la flegmasía por toda la serosa, puede establecerse el pronóstico ordinario de la peritonitis: muy favorable en los casos crónicos que se presentan fuera del estado puerperal, á ménos que la mujer sea escrofulosa ó tuberculosa, y que la enfermedad manifieste tendencia á recaidas periódicas graves. La gravedad del pronóstico aumenta cuando la inflamacion termina en un exudado de pus, en vez de linfa y serosidad.

Resultados.—Los resultados comunes que persisten largo tiempo, ó quizás se perpetúan, despues de disipado el mal, son lesiones de los ovarios causadas por abcesos ó atrofia; obliteracion ó hidropesía de las trompas falopianas, y fijeza de la matriz en una posicion viciosa ocasionada por la formacion de falsas membranas. La amenorrea, dismenorrea y esterilidad son consecuencias muy naturales de esas lesiones.

Tratamiento.—Cuando la constitucion de la enferma es fuerte, y el caso se presenta en sus períodos primitivos, deben aplicarse sanguijuelas al hipogastrio, seguidas inmediatamente de una cataplasma tan caliente como pueda soportarse. Se someterá á la enferma enteramente á la influencia del opio, administrado por la boca y el recto, ó subcutáneamente; y se ordenará absoluto reposo. No se dispondrán purgantes, por ser incompatibles con esta última indicacion; pero sí es conveniente mantener la vejiga vacía, á favor de la sonda. La dieta se compondrá de leche, caldo fuerte de ternera, y otros alimentos simples y nutritivos, pero no escitantes.

El opio es el remedio soberano para esta afeccion, no en dósis pequeñas, sino altas, repetidas y continuadas hasta producir la quietud indispensable para el progreso favorable del caso. Esta podrá conseguirse algunas veces administrando 6 centígramos de opio en polvo, ó 16 milígramos de sulfato de morfina cada dos ó tres horas; pero en muchos casos habrá que administrar por largo tiempo dósis de 3 centígramos de dicho sulfato cada dos ó tres horas, ántes de producir una tranquilidad perfecta. El que no esté acostumbrado á este modo de administrar el opio, temerá producir un narcotismo peligroso; pero en Nueva York, guiados por Alonzo Clark, á quien debemos este método, lo empleamos con la mayor confianza. El médico que en dos ó tres casos de esta afeccion escluya todas las demas drogas y administre sin temor el opio de la manera indicada, no podrá ménos de apreciar su valor.

En el segundo ó tercer período, cuando la linfa ha sido el producto principal, ó quizás único, de la inflamacion, se debe recurrir á los derivativos, y yo no conozco ninguno que pueda compararse al vejigatorio. Un emplasto de cantárides de 4 pulgadas de ancho y 6 de largo, se colocará sobre el hipogastrio, y la erosion producida se curará con pomada de sabina. Tan pronto como la erosion haya sanado completamente, se aplicará otro vejigatorio sobre la piel de nueva formacion, pudiendo repetirse la aplicacion cada 10 ó 14 dias, con tanto alivio de la enferma, que aquellas que al principio mas la temían, suplican despues que se repita. Si el vejigatorio irrita de tal modo á la enferma que no pueda empleársele, ó si su uso se halla contra-indicado por otro cualquier motivo, se establecerán sobre las regiones ilíacas fontículos superficiales con el ácido azóico, que se mantienen activos con garbanzos, etc., ó cauterizándolos de cuando en cuando con el nitrato de plata fundido. El vejigatorio, en estos períodos de la pelvi-peritonitis, lo mismo que en la pleuresía, es el remedio mas rápido y eficaz.

Otro método escelente para producir contra-irritacion es barnizar el hipogastrio cada veinte y cuatro horas, durante algunas semanas, con la tintura de yodo.

Tratamiento de los casos crónicos.—Cuando el mal ha llegado á ser crónico, ó presenta desde el principio todas las apariencias de la forma crónica, es diferente el método de tratamiento. La quietud en la cama y la dieta no serán tan rigurosas, pues la marcha de la enfermedad durará meses, y tal vez años, y haciendo esfuerzos poderosos por curar la afeccion local podríamos poner en peligro la salud general de la enferma y aun dañarla irremediablemente. Por lo demas, no debe ella atender á sus ocupaciones domésticas ni ejercitarse mucho; sino permanecer recostada en un sofá la mayor parte del tiempo, saliendo á tomar el aire todos los dias por espacio de una ó dos horas. La dieta debe ser muy nutritiva, permitiendo el uso moderado de los estimulantes, y el empobrecimiento de la sangre que resulta de una combinacion de

circunstancias perjudiciales á la hematosis, se combatirá cambiando de aires, y administrando tónicos vegetales y minerales, particularmente el hierro.

El ejercicio que haya de permitirse á la enferma y el rigor con que deba mantenérsela quieta, son puntos importantes en el tratamiento de los casos crónicos que ninguna regla absoluta puede determinar, requiriendo cada caso un tratamiento especial basado en cuidadosos esperimentos. En términos generales puede decirse que la enferma deberá pasear en un carruaje cómodo, dos ó tres horas todos los dias, siempre que el movimiento no produzca dolor ni incomodidad; permitiéndole que haga un ejercicio moderado á pié en los casos en que la afeccion local es aun ménos grave, y prohibiéndole todo movimiento si el mal manifiesta elementos de agudeza. Algunas veces será posible trasladar á la enferma de la ciudad á un punto de mar ó de baños durante el verano; y en tal caso debe siempre elegirse una localidad á donde se pueda hacer un viaje cómodo. La gran tendencia de las enfermas á quienes se permite el ejercicio, á cometer imprudencias cansándose demasiado, es una dificultad grande y siempre inevitable con relacion á este asunto, en términos de ser necesario á veces hacer guardar cama á una mujer para quien sería provechoso el ejercicio moderado, á fin de librarla del peligro á que la espone su imprudencia. El peritoneo pelviano forma parte de los ligamentos que suspenden la matriz, envolviéndolos á manera de túnica; circunstancia que jamas debe olvidarse. Cubre la estructura fibrosa de los ligamentos redondos, anchos, sacros y vesicales, de manera que la traccion del útero obliga el peritoneo á distenderse y tiende poderosamente á escitar de nuevo el trabajo morboso en dicha parte.

La influencia mas activa de cuantas obran directamente de una manera perjudicial en estos casos es el acto sexual; y por lo tanto, su limitacion rigurosa deberá ser una de las primeras reglas que se establezcan al instituir el tratamiento.

Las sangrías locales estarían indicadas si ocurriesen exacerbaciones agudas en casos crónicos; pero como método riguroso de curacion son inconveniente en sumo grado, por motivo del empobrecimiento de la sangre á que dan lugar.

Cuando se considere conveniente continuar la administracion del yoduro ó el bromuro de potasio, (aunque sus efectos son dudosos,) se pueden combinar ventajosamente con el hierro y los tónicos vegetales, segun las fórmulas que siguen:—

℞.	Yoduro de potasio,	ʒ iij,	12 gramos.
	Jarabe de yoduro de hierro,	℥ ij,	60 "
	Tintura de colombo,	℥ vj,	180 "

Mézclese. Para tomar una cucharadita (ʒ ij = 8 gramos) en agua tres veces al dia.

℞. Bromuro de potasio,	ʒ v,	20 gramos.
Vino ferruginoso,	℥ iv,	120 "
Tintura de colombo,	℥ iv,	120 "

Mézclese. Para tomar una cucharadita (ʒ ij = 8 gramos) en agua tres veces al dia.

¿Deberán evacuarse las acumulaciones de pus ó de serosidad? Hé aquí una pregunta importantísima, pero á que, por desgracia, no puede darse una repuesta categórica. La evacuacion de estas colecciones no espone la cavidad del peritoneo á la entrada del aire, pues están cubiertas por un techo de falsas membranas; pero siempre se corre peligro de perforar la delicada membrana serosa, que se inflama fácilmente. En otro lugar he referido un caso en que en semejantes circunstancias evacué 30 ó 60 gramos de serosidad, con gran alivio de la enferma, que mejoró rápidamente sin ningun contratiempo; pero es el único en que me he atrevido en tal ocasion á tocar el peritoneo; aunque con frecuencia he evacuado abcesos pelvianos resultantes de celulitis. Creo que la regla mas segura que debe observarse en la práctica, es dejar que la coleccion sero-purulenta se vacíe espontáneamente, si la enferma continúa bien y no la molesta la afeccion local; miéntras que, por el contrario, deberá practicarse la puncion si la enferma padece á consecuencia de la acumulacion, ó no progresa favorablemente.

Métodos de practicar la evacuacion.—El líquido puede evacuarse con auxilio del aspirador, de un trócar y cánula de pequeñas dimensiones, ó de un bisturí ó tenótomo, tomando las debidas precauciones. Despues de evacuado el líquido, se lavará cuidadosamente el saco con una disolucion floja de ácido fénico en agua caliente, ó de tintura de yodo en el mismo menstruo.

CAPÍTULO XXIX.

ABCESO PELVIANO.

La consideracion de esta materia en capítulo aparte no dejará tal vez de parecer estraño ; pues ya algunos críticos han indicado la propiedad de que forme parte de los capítulos en que se trata de la celulitis ó de la peritonitis. Pero ¿cómo podrá hacerse esto propiamente cuando los abcesos pelvianos sean resultado de causas ajenas de esas dos inflamaciones : de la ovaritis, peri-rectitis, enfermedad del psoas, de los huesos de la pélvis, etc. ? Me parece importante hacer comprender bien que debe considerarse bajo un punto de vista mas general, en vez de circunscribirla á los resultados de dos afecciones ; y no conozco otro camino mas seguro para lograr este objeto que el que aquí me propongo seguir.

Definicion.—Sobre este punto no es necesario decir mucho, pues en esta categoría se comprende toda coleccion purulenta, sea cual fuere su causa : no la que pase simplemente por la cavidad pelviana, sino la que se origine en ella.

Patología.—El abceso pelviano puede tener uno de tres orígenes distintos : 1°, el reblandecimiento de agrupaciones tuberculosas en cualquiera de los tejidos de la pélvis ; 2°, el trabajo supuratorio en las paredes de una cavidad formada por un hematocele, ó un quiste del ovario ; 3°, la supuracion inflamatoria del tejido areolar, ovarios, oviductos, ó peritoneo pelviano, ó del mismo parénquima uterino. La tercera de estas tres causas es sin duda la que se observa con mas frecuencia ; siendo muy generalmente resultado de la celulitis, ya se presente esta despues del parto, ó en el estado no puerperal. La celulitis cuando sobreviene independientemente de causas relacionadas con el parto, puede ser primitiva, ó secundaria á la irritacion de algun cuerpo estraño, como los restos de un feto extra-uterino, una sustancia dura en el apéndice vermiforme, un tumor fibroso del útero, ó la cáries de los huesos pelvianos.

Causas.—Cualquiera influencia que produzca inflamacion del tejido celular, ó alguna de las otras dos condiciones patológicas mencionadas, puede ser causa inmediata del abceso. Entre las causas remotas pueden mencionarse la diátesis escrofulosa, tuberculosa ó sifilítica; una gran depresion de las fuerzas vitales por cualquier causa, como el aire impuro de un hospital, por ejemplo; el estado puerperal; y la infeccion purulenta.

Síntomas.—Los síntomas no se diferencian esencialmente de los del abceso en otros lugares. Miéntras se está formando el pus, es probable que se sientan escalofríos violentos, seguidos de fiebre y de sudores profusos; esperimentándose despues una especie de postracion acompañada de dolor pulsativo en la pélvis; la enferma siente una compresion del recto y de la vagina, y suele quejarse de dificultad al orinar; otras veces se observará en la parte posterior del muslo un dolor que puede tomarse por una neuralgia ciática.

Curso, duracion y terminacion.—Los abcesos de la escavacion pelviana pueden abrirse por alguna parte del suelo de la pélvis; por la bóveda, derramándose en el peritoneo; por las paredes, al traves de los agujeros obturadores; por medio de cualquiera de las vísceras pelvianas; ó simultáneamente por varias de estas vias. El pus puede derramarse por una abertura franca, ó salir al esterior por un largo trayecto sinuoso; lo que hace muy grave el pronóstico en cuanto á la curacion. Los puntos mas favorables por donde puede evacuarse el abceso son la vagina y el recto, y á estos se sigue, en cuanto á la felicidad del pronóstico, la evacuacion por las paredes del abdómen. Nonat ha dicho que "la muerte es casi inevitable cuando la coleccion se abre simultáneamente en la vejiga y en el intestino." Yo publiqué un caso funesto de esta naturaleza, con su autopsia, en el *Charleston Medical Journal*, de 1853. Abandonados á sí mismo estos abcesos á veces marchan rápidamente á la curacion; abriéndose y vaciándose por alguno de los puntos mencionados, y desapareciendo gradualmente por la contraccion de sus paredes; pero otras veces, si no interviene el auxilio del arte, el pus puede penetrar profundamente en los tejidos, y abrirse camino por largos trayectos fistulosos hasta algun órgano, como el intestino grueso, ó la S ilíaca del cólon; ó bien derramarse en el peritoneo.

Para poner de manifiesto las vias probables que estas acumulaciones siguen, ha ideado König algunos esperimentos cadavéricos muy interesantes:

1°. Inyectando aire ó agua por debajo del peritoneo, cerca del ovario y las trompas, corrió el líquido á lo largo de los músculos psoas é ilíaco hasta la pélvis.

2°. Debajo del ligamento lateral, y cerca del cuello, llenó el lado correspondiente de la pélvis, corriendo á lo largo del ligamento redondo en direccion del ligamento de Poupart, y de la fosa ilíaca.

3°. Debajo del ligamento ancho y detras del cuello, llenó las regio-

nes lateral y posterior de la pélvis, penetrando en esta á lo largo de los músculos psoas é ilíaco.

A veces, aunque ancha al principio la abertura del abceso, se contrae despues, permitiendo sólo una evacuacion incompleta de lo contenido en aquel; y entónces se presenta la fiebre héctica; y la enferma, ó arrastra por años enteros una vida penosa, á causa del derrame constante de pus fétido, ó sucumbe estenuada, ó de resultas de la septicemia. Estos focos purulentos permanecen otras veces estacionarios por largo tiempo, sin que el líquido intente salir á lo esterior.

Diagnóstico diferencial.—Los estados morbosos con que esta condicion puede confundirse son—

Hematocele pelviano;
Embarazo extra-uterino;
Quiste dislocado del ovario;
Hidrómetra;
Hidropesía tubaria.

El primero de estos estados morbosos, siendo hemorragia, presenta ciertos fenómenos característicos de este accidente, á saber: postracion, enfriamiento de la superficie del cuerpo, manifestacion súbita, etc.; siendo de notar, además, la ausencia de escalofríos, aumento de temperatura, fiebre, y otros signos que fácilmente acompañan al abceso.

En el segundo se ven los signos del embarazo, y pueden descubrirse los movimientos del feto desde el cuarto mes; miéntras que la salud perfecta de la mujer y la ausencia de las reglas, harán sospechar la naturaleza del caso.

Todos los abcesos, aun los de carácter tuberculoso, están siempre rodeados de una estratificacion de linfa que no se percibirá en un quiste dislocado del ovario; tambien en este último faltarán todos los signos racionales de la supuracion.

Muy culpable sería por cierto quien confundiese el cuerpo distendido de la matriz con un abceso, pues la configuracion globulosa del cuerpo, y las revelaciones del estilete uterino son guias que deben apartarnos del error.

La hidropesía de las trompas es generalmente resultado de un trabajo inflamatorio que interesa las trompas de Falopio, y que cierra sus estremidades uterina y ovárica; causando al mismo tiempo una secrecion, que distiende el canal intermedio. El tumor fluctuante que resulta, producido, como lo es, por una inflamacion, y por consiguiente muchas veces adherido á las partes que lo rodean, no sería estraño opusiese al diagnóstico obstáculos, tal vez insuperables; pero, en tales casos, aun cuando se padeciera error, este no llegaría á ser perjudicial.

Pronóstico.—El pronóstico es favorable cuando el abceso es superficial, forma prominencia en algun conducto mucoso, se vacía por una abertura franca en la parte baja de la pélvis, y da salida á un pus ino-

doro; pero es decididamente funesto, si no puede modificar la naturaleza del caso la intervencion de la cirujía; cuando el abceso es profundo, se evacúa por un trayecto largo, derrama pus fétido, y se abre muy arriba y en dos puntos simultáneamente, como, por ejemplo, en la vejiga y el intestino, ó en la pared abdominal y el intestino.

Tratamiento.—La medicacion específica, quiere decir, la que tiene por objeto especial el alivio del estado morboso, de nada sirve en estos casos; y todos nuestros esfuerzos han de dirigirse á mantener las fuerzas vitales que el trabajo supuratorio habrá siempre agotado escesivamente. La dieta será nutritiva en alto grado, componiéndose de tanto alimento fibroso como pueda digerir la enferma; y de huevos, leche, legumbres frescas, y cerveza, ó aguardiente de uva; y se hará todo lo posible para mejorar el estado de la sangre á beneficio de los tónicos vegetales y minerales, entre los cuales los que mas convienen á la condicion existente son los preparados de quina y de hierro, como, por ejemplo, las píldoras siguientes:

℞.	Sulfato de quinina,	℈ij,	= 2½ gramos.
	Sulfato de hierro,	℈j,	= 1,24 gramo.
	Acido sulfúrico diluido,	gtt. x,	= 10 gotas.
	Mucílago de goma acacie,	q. s.,	= c. s.

Mézclese y háganse 20 píldoras. Para tomar una tres veces al dia, ántes de comer.

El auxilio de la cirujía es, sin embargo, á lo que con mas confianza podemos recurrir; y aquí se presenta la cuestion importantísima de si debe abrirse el abceso, por dónde será mejor evacuarlo, y cuándo es que debe hacerse.

Cuando un abceso de la escavacion pelviana manifiesta tendencia rápida á formar prominencia y evacuarse por alguna via favorable, y especialmente si no existen síntomas incómodos ó peligrosos, la conducta mas prudente será confiar á la naturaleza la evacuacion del pus; pues es forzoso convenir en que el uso del cuchillo es en pocas partes del cuerpo mas peligroso que en esta. Pero aun en tales circunstancias la demora trae peligro; y Sir James Simpson menciona un caso que observó con el Dr. Zeigler, en que el abceso formaba una prominencia tan acentuada, hácia la vagina y el recto, y tan abajo, que sintiéndose seguros de que pronto se abriría, lo abandonaron por veinte y cuatro horas, y ántes de trascurrido ese tiempo, se abrió en el peritoneo, con gran sorpresa de ámbos facultativos. La estadística no indica que este peligro sea grande; y como la esperiencia demuestra que muchas veces se emplea el cuchillo mas bien prematura que tardíamente, no vacilo en aconsejar que se demore toda intervencion quirúrgica hasta tener seguridad absoluta de la presencia del pus. La demora da tiempo á que se destruyan los tejidos interpuestos entre el pus y el punto de entrada del cuchillo; evitándose de ese modo la formacion de un trayecto fistuloso;

y si existen dos ó tres abcesos próximos unos á otros, damos tiempo tambien á que se fundan en un foco comun, y á que el trabajo piogénico liquide la masa exudada de linfa plástica. Todas estas ventajas se pierden con la evacuacion, prematura del abceso.

Pero supongamos un caso distinto, en que el abceso es causa de manifestaciones constitucionales graves. Aquí la pregunta de si conviene ó no intervenir, se contesta diciendo que deberá darse salida al pus, si se puede alcanzarlo con seguridad; pero, por otro lado, si el abceso fuere profundo y su evacuacion por consiguiente, ni fácil ni segura, la operacion espondrá á la enferma á mayores peligros que la demora.

El Dr. Savage cree que la "puncion debe ser temprana y *per vaginam;*" y Spencer Wells asegura haber abierto de 30 á 40 abcesos pelvianos sin ningun resultado funesto; añadiendo: "Yo he observado varios casos, algunos de ellos muy dolorosos, en que ocurrió la muerte sin que se practicase la puncion, á pesar de haber yo insistido en que se hiciese esta, y no se siguieron mis consejos." Este autor practica generalmente la puncion por la vagina.

Esta es una materia en que es imposible establecer regla fija; debiendo el cirujano pesar cuidadosamente los peligros á que espone ya la operacion ó ya la demora, y decidir segun las indicaciones individuales de cada caso.

El punto mas conveniente para la evacuacion del pus.—Puede sentarse por regla general, que la superficie mas inmediata á la punta del abceso será la mas conveniente para su evacuacion; siendo las siguientes las localidades que deben elegirse, segun su órden de probabilidad, siempre que elegir se pueda: 1ª, la vagina; 2ª, el recto; 3ª, las paredes abdominales.

El Dr. Savage refiere los puntos en que se abrió el abceso, espontánea ó artificialmente, en 19 casos; fueron los siguientes:—

1 en la línea media, encima del púbis.	
1 en un punto intermedio entre el ombligo y el púbis.	
1 á lo esterior de la abertura safena izquierda.	
2 por el recto;	1 funesto.
1 por el recto, al lado del ano.	
1 por el cólon;	1 funesto.
4 por la vagina.	
2 por la vejiga.	
1 por la region ilíaca.	
3 en el peritoneo;	3 funestos.
1 por el recto y el anillo abdominal interno.	
1 por la vagina, vejiga, recto, y region inguinal.	

Véase que de 19 casos, 5 tuvieron un desenlace funesto: 3, vaciándose en el peritoneo, y 2 causando colitis y rectitis.

Métodos operatorios.—Una vez determinada la oportunidad de abrir el abceso, debe el operador, si intenta hacerlo por el recto ó por la vagi-

na, practicar un exámen atento por el tacto, con el fin de averiguar si existen en las paredes de estos conductos vasos grandes cuya abertura pudiera ocasionar una hemorragia grave. Recostada la enferma sobre el lado izquierdo, é introducido el spéculum de Sims, si hay duda respecto de lo contenido en la bolsa, se determinará este punto introduciendo en ella la cánula de una jeringuilla hipodérmica; ó si no, se penetran los tejidos con una aguja esploradora ordinaria, hasta que se vea escapar el pus por su ranura. Entónces, hallándose seguro el operador de poder alcanzar al foco purulento, mantiene con una mano la aguja, y con la otra desliza la punta de un bisturí, á lo largo de la ranura, hasta que penetre en la cavidad del abceso. Este método que recomiendo con preferencia á cualquier otro, esceptuando el que veremos en seguida, es á un tiempo eficaz y exento de peligros. El aspirador, cuando pueda conseguirse, es un medio fácil y eficaz de vaciar estas acumulaciones, y al mismo tiempo en gran parte exento de peligro. Despues que haya estraido todo el pus líquido, debe hacerse que funcione en direccion contraria; y se llenará la cavidad de partes iguales de tintura de yodo y agua, cuya disolucion se estraerá inmediatamente á favor del mismo instrumento. Si el pus vuelve á acumularse, se evacuará por el bisturí, despues de averiguar con certeza el asiento y carácter purulento de la acumulacion; y si la abertura practicada es bastante grande para dar entrada al dedo, debe introducirse este, dilatando con él cualquier trayecto que conduzca á otro abceso adyacente, y apartando todo tejido necrosado que se encuentre. Hecho esto, si hubiere motivo para temer que se cierre el canal recien abierto, se tocarán sus paredes con nitrato de plata, ó se barnizarán con una disolucion de persulfato de hierro; ó puede dejarse entre ellas un pedazo de algalia de goma elástica, ó de tubo flexible de lo mismo.

Si se ha abierto algun vaso importante en las paredes de la vagina, se contendrá la hemorragia á beneficio de aplicaciones de persulfato de hierro, el tapon vaginal, ó el cauterio actual, si los dos primeros medios fueren ineficaces.

Cuando se tenga por conveniente evacuar el abceso por la pared del abdómen, se evitará todo riesgo de escape de pus al peritoneo, practicando lo provenido por Récamier con respecto á los quistes hepáticos: producir la adherencia de las hojas de la serosa por medio de un fontículo exutorio hecho con ácido azóico en el punto elegido para la puncion. Por el centro de la úlcera así establecida puede introducirse un tróear, la aguja del aspirador, ó un bisturí, sin correr el peligro que hemos mencionado.

Métodos para causar la obliteracion de la cavidad.—Suele suceder que, despues de evacuada la acumulacion, las paredes del abceso no se pliegan sobre sí mismas, y este permanece abierto por meses, y quizás años, derramando grandes cantidades de pus.

Las causas por que se mantiene abierta la cavidad son: la existen-

cia de trayectos que impiden la completa evacuacion del pus; un estado particular de las paredes que consiste en hallarse tapizadas por una membrana, llamada por Delpech *piogénica*, que tiende á prolongar la supuracion; ó bien la entrada en la cavidad, ya de la orina, ó ya de gases y materias fecales.

La primera de las causas mencionadas es, á no dudarlo, la mas frecuente; y debe combatirse dilatando el trayecto que conduce al abceso, ya con el cuchillo, ó ya con dilatadores de laminaria.

Si la abertura del saco fuere franca, sin ser profunda, se inyectará en la cavidad dos ó tres veces á la semana, primero una disolucion de la tintura de yodo, y despues la tintura pura, ó una disolucion de ácido fénico.

Cuando hayan penetrado en la cavidad materias fecales, gases ú orina, deberá hacerse una contra-abertura que facilite su salida, manteniendo la parte tan limpia como sea posible, á beneficio de inyecciones de agua templada; y se remediará en seguida, por los medios apropiados, la fístula urinaria ó fecal causada por el accidente.

Debe administrarse siempre un anestésico ántes de intentar una operacion que tenga por objeto evacuar un abceso pelviano; pues la quietud perfecta es indispensable para la seguridad de la enferma.

CAPÍTULO XXX.

HEMATOCELE PELVIANO.

Definicion y sinónimos.—Con esta denominacion y con sus sinónimos, *hematocele retro-uterino*, *hematoma peri-uterino* y *tumor sanguíneo de la pélvis*, se ha descrito una acumulacion de sangre en la cavidad pelviana, ya encima ó ya debajo del peritoneo.

Historia.—Háse intentado probar que los antiguos conocían esta afeccion ; pero las pruebas aducidas distan mucho de ser satisfactorias. En las obras de Ruysch, de Amsterdam, escritas en 1737, se halla la primera alusion á la materia ; de la cual se hizo despues poco caso, hasta la época de Récamier ; aunque Frank, Deneux, y algun otro, la habían mencionado.

Récamier, en 1831, creyendo abrir un abceso, incindió un tumor detras de la matriz, dando salida á una gran cantidad de sangre negra y grumosa ; y Bourdon, uno de sus discípulos, publicó diez años despues otro ejemplo recogido en su práctica.

A continuacion presentamos una lista de los prácticos á quienes principalmente se debe la dilucidacion de este asunto, y los conocimientos que sobre él poseemos :—

Récamier,	1831,	*Lancette Française ;*
Velpeau,	1843,	*Recherches sur les Cavités Closes ;*
Bernutz,	1848,	*Archives de Médecine ;*
Vigues,	1850,	*Des Tumeurs Sanguines de l'Excav. Pelvienne ;*
Nélaton,	1851,	*Gazette des Hôpitaux ;*
Nonat,	1851,	*Thèses de Cestan, Gallardo, et Prost ;*
Huguier,	1851,	*Conferencia en la Sociedad de Cirujía, de Paris ;*
Gallard,	1855,	*Union Médicale ;*
Voisin,	1858,	*De l'Hématocèle Rétro-Utérine.*

Si en el cuadro que antecede no he incluido los nombres de todos los autores franceses á quienes se deben trabajos importantes sobre la materia, ha sido por no aumentar demasiado la lista ; me he limitado á

mencionar aquellos que en mas alto grado han ensanchado nuestros conocimientos en esta parte.

Los primeros trabajos sobre el hematocele de la pélvis se deben, pues, á los escritores franceses; Olshausen, Credé, Braun, Hager, Virchow, Schroeder, Seiffert, y otros alemanes, han escrito mucho sobre él últimamente, contribuyendo al desarrollo de la materia; así como tambien Madge, McClintock, y Tuckwell, en Inglaterra. El Profesor Gunning S. Bedford, de Nueva York, refirió en América el primer caso de que he podido hallar mencion; y mas recientemente debemos al Dr. Byrne, de Brooklyn, el relato de varios casos cuidadosamente anotados. Estos tumores, si bien habían despertado cierto grado de interés, no eran, sin embargo, bien conocidos, aun en Francia, ántes del año 1851; pues se sabe que Malgaigne, en 1850, abrió un hematocele uterino creyendo abrir un tumor fibroso; lo cual provocó una hemorragia mortal.

Frecuencia.—Tocante á este punto son todavía muy encontradas las opiniones. El Profesor Olshausen, de Halle, asegura haber observado 34 hematoceles en 1,145 casos ginecológicos; y Seiffert, de Praga, da cuenta de 66, en 1,272 casos de enfermedades pelvianas observados por él; el Dr. Barnes ha visto 53 casos en 10 años, y el Dr. Tilt sólo ha observado 12 en 20 años.

Yo estoy léjos de creer que sea muy raro este mal; pero la esperiencia me demuestra que muchos casos de celulitis, y algunos de tumores uterinos y peri-uterinos, se cuentan entre los de hematocele.

Patología.—La definicion de hematocele no tiene nada que ver con la causa de la hemorragia que suministra el material para la formacion del tumor sanguíneo. La enfermedad consiste en la acumulacion de una masa de sangre en la pélvis, ora encima, ora debajo de su bóveda; acumulacion que, sea cual fuere su orígen, constituye el mal, y dimana comunmente de una de las tres fuentes siguientes:—

1°. Extravasacion directa de la sangre de vasos dentro de la pélvis ó próximos á ella;

2°. Reflujo de sangre del útero ó de las trompas;

3°. Trasudacion de la sangre á consecuencia de discrasia ó de peritonitis.

Es evidente que el hematocele no es enfermedad, sino síntoma de cierto número de condiciones patológicas; pero como muchas veces no se puede determinar el orígen de la hemorragia de que resulta el tumor sanguíneo, nos vemos obligados á dirigir nuestra atencion á su signo mas culminante y significativo, mirándolo como representante de un estado imposible de diagnosticar.

En las obras de patología interna escritas hace veinte años, se trataba de la hidropesía como de una enfermedad; en las que se publican en el dia, se la considera sólo como resultado legítimo de una afeccion renal, cardíaca ó hepática. Los escritores de obstetricia, aun los de

no hace mas de diez años, describían la eclampsia como enfermedad concomitante del parto ; pero los que escriban de aquí á diez años, la considerarán probablemente como muchos la consideran hoy, esto es, como una de las numerosas consecuencias de las enfermedades renales. Puede, pues, con fundamento esperar que llegará dia en que se verifique igual perfeccionamiento en la descripcion del hematocele, perfeccionamiento debido á mas profundos conocimientos patológicos ; pero en la actualidad, suele ser imposible descubrir el orígen de la hemorragia.

En cuanto á las causas de la hemorragia que da lugar á la afeccion de que estamos tratando, las hasta ahora determinadas por la necroscopia pueden enumerarse como sigue :—

1ª. *Rotura de vasos sanguíneos en la pélvis.*
Utero-ováricas ;
Varices de los ligamentos anchos ;
Aneurisma de una arteria ;
Vasos de la membrana de un óvulo extra-uterino.

2ª. *Rotura de vísceras pelvianas.*
Ovarios ;
Trompas de Falopio ;
Utero.

3ª. *Reflujo de la sangre del útero.*
Reflujo de sangre menstrual.

4ª. *Trasudacion por los vasos sanguíneos.*
Púrpura ;
Escorbuto ;
Clorosis ;
Peritonitis hemorrágica.

Las investigaciones necroscópicas han demostrado la produccion del hematocele por todas estas causas ; y es indudable que tambien podría resultar de la rotura de algun vaso que vaciase su contenido en el peritoneo. El derrame sanguíneo en el peritoneo, á causa por ejemplo, de la rotura del bazo, gravitaría hácia el fondo de saco de Douglas, por ser esa la parte mas declive de la serosa, manifestándose en dicho lugar todos los signos de un hematocele á causa de la coagulacion de la sangre derramada. El mal indica unas veces lesion interna grave, la rotura de un ovario ú oviducto ; otras es simplemente resultado del reflujo de la sangre menstrual al peritoneo, de resultas de la obliteracion del canal del cuello ó de la trompa, que impide su descenso ; y otras, en fin, es resultado de una hemorragia que proviene de los vasos del peritoneo. Virchow llamó especialmente la atencion á este último estado morboso, descrito bajo el nombre de peritonitis hemorrágica, y Schroeder cree

que el hematocele siempre va precedido de la peritonitis. Es incuestionable que esta lo acompaña comunmente; pero nuestros medios de diagnosticar la pelvi-peritonitis deben ser muy ineficaces, si esta es en realidad precursora de una afeccion que ocurre súbitamente en una enferma al parecer sana. No se puede negar, sin embargo, que el hematocele en algunos casos se presenta, no ántes, sino despues de la peritonitis.

La sangre, de donde quiera que provenga, se acumula, ya en la parte mas declive del peritoneo, ó ya en el tejido areolar pelviano, debajo de la serosa; y permaneciendo por algun tiempo líquida, sufre despues una coagulacion parcial que la convierte en una masa grumosa parecida á la jalea de grosella; y por último, la reabsorcion de toda la parte flúida deja un tumor duro y resistente compuesto de un material fibrinoso. Si la coleccion tiene por asiento la cavidad peritoneal, sus límites laterales é inferior serán las paredes de esta; formándole techo las falsas membranas resultantes de una peritonitis circunscrita. Cuando el tejido areolar de la pélvis es asiento de la acumulacion, la sangre derramada busca alojamiento, infiltrándose por esa estructura floja, y formando mecánicamente en ella un espacio que la acomode.

La sangre, en cualquiera de estos lugares que se encuentre, es reabsorbida del todo, quedando un tumor firme y duro, que, si no permanece largo tiempo, se vacía ya por la vagina, ya por el recto, ó bien en el peritoneo; aunque su irrupcion en este último punto es afortunadamente rara. A Dupuytren debemos la ingeniosísima esplicacion siguiente de la manera cómo se efectúa dicha reabsorcion, que Nonat[1] compara al proceso digestivo. Los vasos del quiste, que se hallan inmediatos á la masa acumulada, separan su parte líquida, viniendo á quedar de esta manera su superficie dura en contacto con el saco; esto escita la efusion de serosidad, que ablanda la pared fibrinosa, haciéndola susceptible de reabsorcion, la que no tarda en verificarse; el contacto vuelve otra vez á escitar un exudado líquido, que es separado de nuevo, repitiéndose el procedimiento hasta que el tumor disminuye de volúmen ó es completamente reabsorbido.

Causas.—Una ojeada á las causas reconocidas del mal, bastará para demostrar que la congestion de los órganos pelvianos debe predisponer en alto grado á su presentacion. Así se esplica que, segun se ha observado, acontezca las mas veces en el tiempo de la actividad de los ovarios, y particularmente durante una época menstrual.

Causas predisponentes.

El período de actividad de los ovarios, de los 15 á los 45 años;
Perturbacion del estado de la sangre, plétora, ó anemia;
Época menstrual;
Enfermedad crónica del útero ó de los ovarios;
Diátesis hemorrágica.

[1] Ob. cit., p. 344.

Causas escitantes.

Supresion súbita del flujo menstrual;
Golpes ó caidas;
Escesos venéreos;
Obstruccion del canal del cuello;
Obstruccion de las trompas;
Esfuerzos violentos.

Variedades. — La afeccion es peritoneal ó subperitoneal. En la primera variedad el tumor sanguíneo se forma en lo interior del peritoneo, donde se enquista con el tiempo, si no sobreviene la muerte al principio de la enfermedad; en la segunda, tiene asiento en el tejido areolar de la pélvis, debajo del peritoneo.

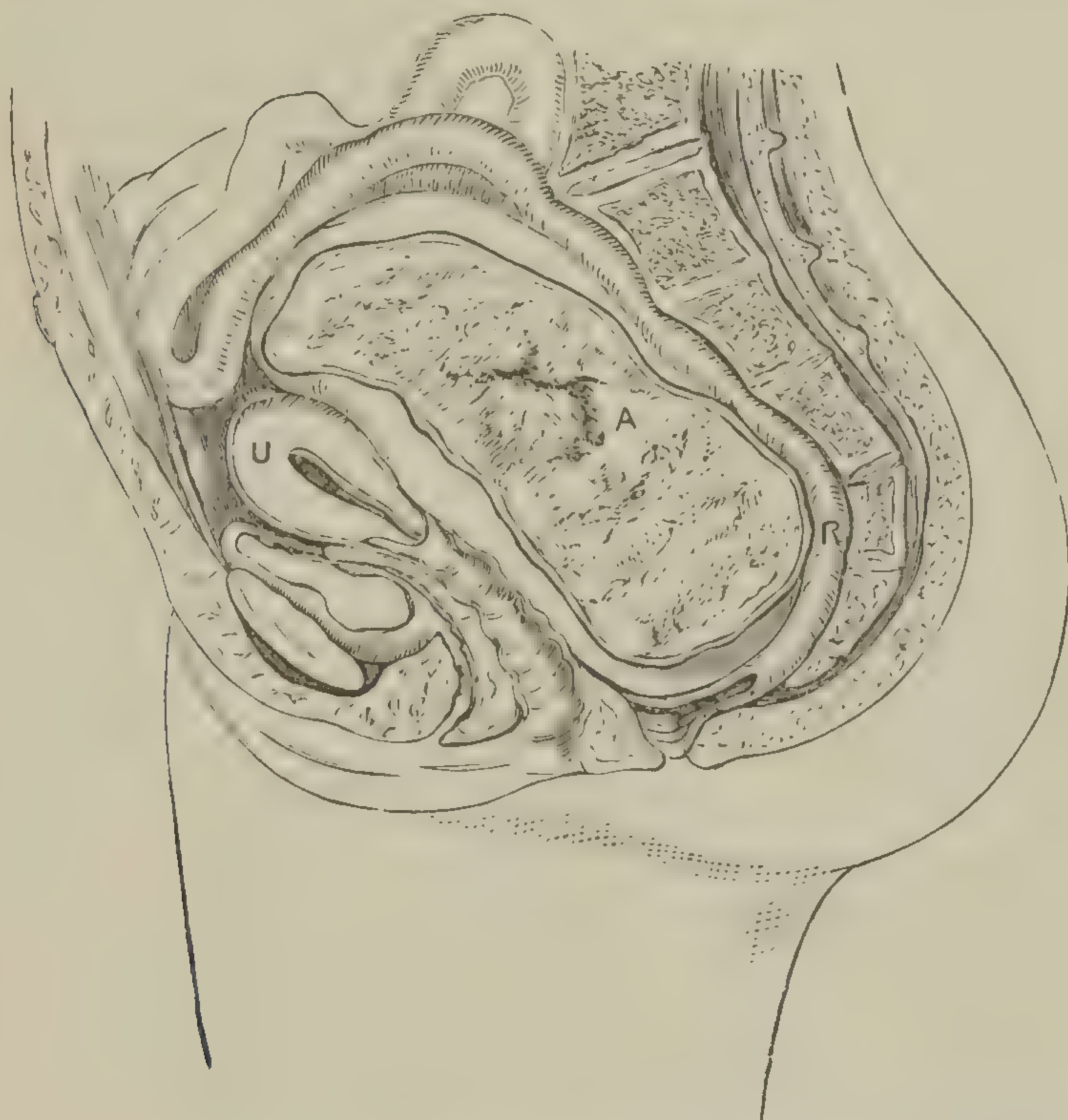


Fig. 141.—Hematocele peritoneal. (Barnes.)

Aran, Bernutz y Voisin niegan que pertenezca la segunda á la misma categoría que la primera; pero esto parece bastante válido bajo un punto de vista clínico. Observadores como Simpson, Olshausen, Tuckwell, y Barnes, han referido casos distintos de hematoceles sub-peritoneales; y tambien han ocurrido otros en que el tumor, siendo al principio subperitoneal, ha roto la túnica peritoneal de la pélvis, destruyendo así la barrera teórica que los patólogos han querido interponer entre ámbas variedades de la afeccion.

La forma peritoneal es mucho mas frecuente y al mismo tiempo mas grave que la otra. De 41 autopsias practicadas por Tuckwell, era peri-

toneal el tumor en 38. En un caso que observé en union del Dr. Emmet, hace como un año, nos fué imposible diagnosticar un tumor situado oblicuamente delante del útero, y sólo nos reveló su naturaleza el colapso en que cayó la enferma veinte y cuatro horas despues. En la autopsia se descubrió un hematocele del tamaño de un huevo de gansa, delante del útero, y debajo del peritoneo ; el tumor se había abierto en el peritoneo, vaciando parte de su contenido en esta serosa, y produciendo así el colapso y la muerte. Este no es el único hematocele subperitoneal, pero sí el único ante-uterino, que he observado.

Síntomas.—La presentacion absoluta de la hemorragia va generalmente precedida de síntomas que la anuncian, como un dolor sordo y fijo sobre los ovarios, perturbaciones menstruales, metrorragia ó prolongacion del flujo catamenial ; pero los fenómenos que acompañan al derrame sanguíneo efectivo dependen en gran parte de la naturaleza y gravedad del accidente de que se originan.

Manifiéstase á veces la afeccion sin ningun síntoma violento, y casi sin señal de aviso. En efecto se comprende que sea así cuando reconoce por causa un reflujo gradual de sangre determinado por una estrechez del cuello, ó una trasudacion sanguínea producida por la púrpura. Los síntomas se presentan muchas veces repentinamente, manifestándose el accidente con la misma rapidez que una apoplejía cerebral.

Es evidente, pues, que deben ser muy diversos los síntomas segun sea repentina y abundante la hemorragia que caracterice los casos, ó sólo de poca entidad. Cuando sucede lo primero las manifestaciones son características de una gran pérdida de flúido vital, grave perturbacion peritoneal, y postracion escesiva; y cuando ocurre lo segundo, estos fenómenos suelen ser tan insignificantes, que no se echan de ver, si no está muy al tanto la enferma. Con respecto á esta materia, creo que lo mejor es tomar por norma un caso de mediana gravedad, alejando al lector de la suposicion de que los síntomas presenten igual intensidad en todos los ataques.

Los síntomas mas culminantes son :—

Dolor intenso en la pélvis;
Palidez, desfallecimiento, y frialdad de las estremidades;
Sensacion de debilidad escesiva ;
Náusea y vómitos ;
Metrorragia ;
Tenesmo uterino ;
Timpanitis ;
Molestia mecánica á la vejiga y al recto ;
Pulso pequeño y rápido ;
Disminucion de la temperatura.

La enferma esperimenta una sensacion como si existiese un cuerpo grande y pesado en la pélvis, y por instinto hace esfuerzos para espe-

lerlo por la vagina; el dolor es unas veces muy intenso, y otras sordo y gravativo.

Al estado de postracion sucede, despues de mayor ó menor espacio de tiempo, generalmente dentro de cuarenta y ocho horas, una reaccion, ya ligera, ya acentuada, que depende principalmente de la intensidad de la inflamacion establecida por la acumulacion sanguínea, que obra como cuerpo estraño. Esta reaccion está caracterizada comunmente por los síntomas siguientes:—

Tendencia á escalofríos;
Constipacion;
Supresion de la orina;
Timpanitis escesiva;
Calor de la piel;
Elevacion de la temperatura;
Rapidez del pulso;
Sensibilidad en el abdómen;

Todos los fenómenos que se acaban de enumerar indican dos hechos: 1°, una pérdida súbita y escesiva de sangre; 2°, la presencia en la pélvis de algo que molesta mecánicamente sus vísceras. La menorragia ó una retroversion repentina podrían producir algunos de esos síntomas; pero la existencia de todos juntos hace sospechar mucho la de un hematocele; y esto exige se practique la esploracion física.

Signos físicos.—El dedo introducido en la vagina percibe un tumor, generalmente detras del útero y de la vagina, que de ordinario cierra en parte este último conducto. Cuando el exámen se hace uno ó dos dias despues de haberse formado el tumor, este aparece blando y liso y algo fluctuante; pero algunos dias despues de la formacion, el tacto descubre cierta irregularidad, que nace de la presencia de coágulos rodeados de sangre líquida. El útero se halla dislocado, por lo regular hácia arriba y hácia adelante, de modo que el cuello viene á quedar encima de la sínfisis; aunque la desviacion, es algunas veces lateral.

Nonat[1] afirma dogmáticamente que la matriz jamas se encuentra entre el tumor y el recto, quiere decir, detras de la masa sanguínea; pero Chassaignac[2] cita un caso en que esta se hallaba situada enteramente entre la vejiga y el útero, debiendo por tanto haber empujado el órgano hácia atras; y G. Braun, Olshausen, Barnes, el que escribe, y otros, han observado casos idénticos.

El tacto rectal revela que el intestino está cerrado por la compresion que sobre él ejerce el tumor.

A favor de la palpacion abdominal se descubre la presencia de un tumor duro que sólo se estiende quizás hasta el estrecho superior, ó puede estenderse hasta el ombligo; pudiendo suceder que no se le dis-

[1] Ob. cit., p. 342. [2] Courty, Mal. de l'Utérus, p. 1047.

tinga, cuando ha sido poco notable el derrame sanguíneo, y mas particularmente si no se ha acumulado la sangre en el peritoneo, sino debajo de esta serosa.

La forma, estension y naturaleza del tumor pueden averiguarse con mas seguridad por medio de la palpacion abdominal combinada con el tacto vaginal.

Diagnóstico diferencial.—El hematocele puede confundirse con las enfermedades siguientes :—

Celulitis ó abceso de la pelvis ;
Retroversion ;
Embarazo extra-uterino ;
Tumor fibroso ;
Quiste ovárico dislocado.

El tumor resultante de la flegmasía del tejido celular, ó de un abceso, se encuentra comunmente unido á uno de los lados del útero, y no detras de este ; no se desarrolla tan repentinamente como el hematocele ; es al principio duro, y se ablanda poco á poco ; presenta una sensibilidad esquisita al tacto ; no eleva el útero, sino que lo empuja hácia adelante ; y por lo general no va acompañado de metrorragia.

La retroversion suele presentar los fenómenos consiguientes á los resultados mecánicos del hematocele, pero no los que provienen de la hemorragia. Si coexiste la preñez, la palpacion abdominal combinada con el tacto vaginal bastan generalmente para establecer el diagnóstico ; y si no coexiste, el estilete uterino esclarecerá el caso.

El embarazo extra-uterino no se desarrolla súbitamente, sino con lentitud, y muchos de los síntomas de la gestacion le son característicos. En vez de la metrorragia, hay amenorrea, comunmente, pero no siempre.

Los tumores fibrosos crecen lentamente, no causan dolor, y participan de los movimientos de la matriz ; presentan además una superficie dura é irregular, y por lo comun es poco lo que empujan el útero hácia arriba ó hácia adelante.

Los quistes ováricos dislocados no presentan dolor ni signos de hemorragia, ni causan perturbaciones constitucionales, ni metrorragia.

Curso, duracion y terminacion.—La hemorragia determinada por las causas enumeradas que producen el hematocele, puede ser tan abundante que determine inmediatamente la muerte. Voisin refiere cinco casos de esta naturaleza ; y Ollivier d'Angers,[1] dos, en que la mujer murió media hora despues de la rotura de una vena útero-ovárica que era asiento de varices ; pero semejante terminacion es en estremo escepcional. El tumor desaparece generalmente por la reabsorcion de su contenido ; ó se vacía por el recto ó la vagina, ó bien permanece largo

[1] Noeggerath, Bul. N. Y. Acad. Med., t. i., p. 577.

tiempo como una masa sólida y endurecida. A la evacuacion se sigue las mas veces la mejoría; pero tambien suele establecerse la descomposicion en las paredes del saco, y sobrevenir la muerte de resultas de la infeccion pútrida. La reabsorcion se puede efectuar en tres semanas; y tal vez tarda seis meses en completarse.

En algunos casos parece que una hemorragia lenta y continua se prolonga por espacio de algunas semanas, aumentando de tamaño poco á poco el tumor sanguíneo; y en otros, sobrevienen hemorragias subsecuentes á la primera, despues de haberse enquistado esta. Despues de atenuados los síntomas de reaccion, se presentan mas adelante escalofríos, fiebre, y sudores, que indican la supuracion en la masa sanguínea, y una leve reabsorcion séptica.

Pronóstico.—La cantidad de sangre perdida, la intensidad de la conmocion que de esta resulta, y el grado de reaccion constitucional producido, son cosas que deben concurrir poderosamente al pronóstico. Este, por regla general, es favorable, y añadiré que lo es particularmente cuando se trata la lesion de un modo espectativo, en vez de recurrir de buenas á primeras á la intervencion quirúrgica.

El pronóstico, por razones evidentes, es mas grave en la forma peritoneal que en la sub-peritoneal; siendo tanto mayor el peligro cuanto mas abundante ha sido la hemorragia; no sólo porque un derrame sanguíneo escesivo puede matar á la enferma, agotando rápidamente sus fuerzas, sino por los graves peligros que acarrea forzosamente la eliminacion de tanto coágulo, sea por reabsorcion, ó sea por evacuacion.

Cuando viene la muerte, esta terminacion suele ser producida por la súbita invasion del peritoneo; la peritonitis; la irrupcion de la masa enquistada en el peritoneo; ó la septicemia.

Tratamiento.—Si bien es verdad que el médico rara vez será llamado á recurrir al tratamiento ántes que se acumule en la pélvis la sangre que ha de verterse, en los mas casos podrá observar la notable perturbacion constitucional, la postracion escesiva y el dolor que se siguen inmediatamente á la hemorragia. Establecido el diagnóstico, las indicaciones que hay que llenar son muy simples:—

1ª. Contener la tendencia á mas pérdida de sangre;
2ª. Impedir que la postracion ocasione la muerte;
3ª. Aliviar el dolor.

Para llenar la primera indicacion, se exigirá inmediatamente reposo absoluto. La ropa se aflojará, sin perder tiempo en quitarla; se mantendrá á la enferma quieta, y recostada de espaldas; y una vejiga llena de hielo, ó toallas empapadas en agua fria, se colocarán sobre el hipogastrio. Si no hay náuseas, se administrarán bebidas frias; y se prescribirán astringentes como el agua de Rabel, y el ácido agállico á dósis tan altas como pueda tolerarlo el estómago.

Los estimulantes alcohólicos y el opio, administrados con larga mano,

están indicados para combatir la postracion escesiva que pone en peligro la vida de la enferma. Se le dará vino de Champaña helado, ó coñac diluido en agua fria, combinando con ellos una disolucion de sulfato de morfina, ó alguna de las preparaciones líquidas del opio. La accion del opio como estimulante es mucho mas rápida y segura que la del alcohol, en casos de gran postracion nerviosa, y con mas especialidad cuando esta es resultado de una hemorragia; dicha droga es además particularmente propia para casos de hematocele, porque llena al mismo tiempo la tercera indicacion, es decir, el alivio del dolor.

Cuando el dolor sea muy intenso, ó haya náuseas, se administrarán subcutáneamente 10 gotas de la disolucion de morfina de Magendie; pudiendo repetirse la dósis á los treinta minutos si no se ha conseguido alivio. La enferma debe meterse en la cama y mantenerse en perfecta quietud; y la dieta se compondrá de alimentos líquidos como leche, caldos animales, y atoles de harina fina de maíz y de sagú.

Habiéndose llenado las tres indicaciones inmediatas del tratamiento, se presenta en seguida la cuestion importantísima de si deberá abandonarse á los esfuerzos de la naturaleza la eliminacion de la sangre acumulada, ó si se evacuará esta por medios quirúrgicos. Récamier, al llamar la atencion de la ciencia á esta materia, inauguró la práctica, aprobada y popularizada por Nélaton, de evacuar estos tumores; pero la esperiencia demostró al último lo imprudente de semejante procedimiento, y en la actualidad lo proscribe de la manera mas absoluta."[1] Las ventajas que la intervencion quirúrgica inmediata parecía presentar, eran:—

1°. El poderse acortar por medio de ella un mal peligroso y de larga duracion;

2°. Eximir á la enferma de los peligros consecutivos á la reabsorcion, ó á la evacuacion;

3°. Sacar así del peritoneo ó del tejido celular de la pélvis, un cuerpo estraño que, abandonado, llegaría á convertirse en foco inflamatorio.

No es estraño, pues, que fuese un procedimiento favorito cuando se empezó á considerar la materia; pero cuando los patólogos tuvieron ocasion de estudiar la historia natural del mal, fué abandonado, como era de suponer, por las razones siguientes:—

1ª. Porque se descubrió que el hematocele suele disiparse en breve, sin la intervencion quirúrgica;

2ª. Porque se vió que era mas peligrosa la puncion que el tumor abandonado á sí mismo;

3ª. Porque se esperimentó que una medicacion apropiada tenía gran poder para refrenar las complicaciones de la enfermedad.

Creo que en vista de la luz que la esperiencia arroja sobre este punto, podemos, sin pecar de dogmáticos, adoptar esta regla: La mera presencia en el peritoneo de una gran cantidad de sangre, no justifica su

[1] Nonat, ob. cit.

evacuacion ; pero si andando el tiempo la presentacion de escalafríos, fiebre, y sudores copiosos, indican la supuracion dentro del saco, (cuyo encapsulamiento será ya bastante seguro,) y la reabsorcion séptica, la masa en estado de reblandecimiento deberá evacuarse por la incision. En otros términos, miéntras no se vea que cause perjuicio notable la presencia de la sangre acumulada, y la naturaleza parezca estar encargada de su reabsorcion, nos abstendremos de intervenir; pero deberemos evacuarla sin demora tan pronto como se presenten señales de septicemia. En tales circunstancias, sería muy culpable no recurrir al auxilio de la cirujía; pero no habiendo semejantes indicaciones, se evitarán los medios quirúrgicos, confiando en los que presta la medicina; pues no hay que olvidarse de que el peritoneo es comunmente el asiento de la coleccion sanguínea, y que la incision de esta serosa, además de los peligros que le son inherentes, siempre espondría la enferma á los que nacen de la entrada del aire.

Métodos operatorios.—Habiendo colocado de espaldas á la enferma, en la posicion de la litotomía, se toma en la mano derecha un trócar con cánula, y guiándolo hasta la parte mas fluctuante y declive de la acumulacion, se hace que penetre en ella. Otro método consiste en recostar á la mujer sobre el lado izquierdo, y habiendo elevado con el spéculum de Sims el periné y la pared posterior de la vagina, incindir la pared del tumor con un tenótomo, ó un bisturí pequeño ; introduciendo en seguida uno ó dos dedos por la abertura practicada, á fin de estraer los coágulos. Despues de la evacuacion por cualquiera de estos métodos, se lava con muchísima suavidad y precaucion la cavidad, introduciendo en el saco la cánula de una jeringa, é inyectando agua templada, ya pura ó ya con una pequeña cantidad de ácido fénico. La inyeccion se repite una ó dos veces al dia para precaverse de la septicemia.

Tratamiento médico.—Una vez que se ha presentado la reaccion, se debe insistir en el mas perfecto reposo; no se permitirá que la enferma se levante, ni para defecar ni para orinar ; y se mantendrá vacía la vejiga á beneficio de la sonda, y constipado el vientre por el opio; el hipogastrio se tendrá constantemente cubierto con cataplasmas calientes de harina de lino, y el dolor se calmará administrando opiados.

Despues que los síntomas agudos hayan disminuido, y si no existe ninguna contra-indicacion, se aplicará sobre la region hipogástrica un vejigatorio de 4 pulgadas de ancho y 6 de largo, que puede repetirse con provecho cada diez ó doce dias ; y aunque esta medida parezca algun tanto violenta, evita con todo mucho padecimiento, sin causar incomodidad; siendo sus resultados con frecuencia muy notables.

La quinina á dósis máximas, ya sola, ó ya combinada con ácido sulfúrico, se verá que es medicamento precioso, y calma el dolor: se debe, pues, continuar con perseverancia su administracion.

CAPÍTULO XXXI.

MIO-FIBROMAS Ó TUMORES FIBROÍDEOS DEL ÚTERO.

Definicion y sinónimos.—El parénquima uterino es susceptible de una hipertrofia localizada que da lugar á que se formen dos variedades de tumores: fibrosos, y fibro-quísticos. En este capítulo trataremos de los primeros, los cuales constituyen una de las condiciones patológicas que con mas frecuencia afectan el órgano; y consideraremos separadamente la segunda variedad, que es mucho mas rara.

Los antiguos llamaban tubérculos, *esteatomas*, *sarcomas*, etc., los tumores fibrosos; pero estos, desde que, con auxilio del microscopio, se ha estudiado con mas atencion su verdadera naturaleza, comprendiéndola mejor, se han descrito con los nombres de *tumores fibrosos*, *fibroides uterinos*, y mas recientemente, por Virchow, con el de *miomas*. Al adoptar los nombres que encabezan este capítulo, he seguido el ejemplo de Billroth con respecto al primero, y de Klob en cuanto al segundo; y lo he hecho así, porque los términos fibroma y mioma no indican por sí solos el estado patológico existente. Billroth[1] desecha el último, que significa que estas escrecencias consisten en la hipertrofia de la sustancia muscular; y al mismo tiempo se niega á admitir el primero, porque da la idea, tambien errónea, de hallarse formadas de tejido conjuntivo. El término fibroide (de *fibrosus* y *ειδος*), no puede, por lo ménos, desorientarnos; miéntras que el de mio-fibroma espresa plenamente el carácter de la enfermedad.

Historia.—La verdadera naturaleza de los cuerpos fibroídeos del útero no fué distinguida (pues se confundían con las escrecencias malignas de que eran considerados como variedad), hasta la época del Dr. William Hunter, que escribió hácia fines del siglo diez y ocho. Este autor los describió con el nombre de tubérculos carnosos, contribuyendo mucho al conocimiento de su patología; pero la materia fué por primera vez completamente dilucidada en los escritos de Chambon,[2] Baillie,

[1] Surg. Pathol., p. 583.

[2] Mal. de l'Utérus.

Bayle y otros. En 1814, Sir Charles Clark escribió un capítulo escelente sobre el asunto, que casi satisfaría las exigencias de nuestra época.

Patología.—Cuando vemos á un observador tan escrupuloso como el Dr. Ashwell, sostener abiertamente la absoluta semejanza de estos tumores con el cáncer, y eso en el año de 1844, no debe sorprendernos que fuesen ántes confundidas ámbas afecciones. Este investigador presenta cinco razones que le parecen "concluyentes," en apoyo de su opinion; pero sus razonamientos á nadie convencieron, pues ningun escritor, desde su época, ha adoptado la teoría que logró abolir el Dr. Hunter; y en la actualidad no hay en ginecología verdad mas claramente demostrada que la de carecer estos tumores de malignidad.

La cuestion sobre la posibilidad de que sufran estos tumores una degeneracion cancerosa, vino á resolverse últimamente. Bayle y Lobstein han dicho que esto nunca sucede; aserto que tienden á apoyar las investigaciones de Cruveilhier y Lebert; miéntras que Kiwisch, Atlee,[1] y Simpson, creen que en casos muy raros ocurre una degeneracion maligna. "En 1862, dice Klob,[2] se enriqueció con una preparacion curiosa el Museo de Salzburg. De un tumor fibroídeo del tamaño de la cabeza de un niño, situado en las paredes posteriores de la matriz, se había desarrollado indudablemente un carcinoma sin interesar á ninguna otra parte del órgano; y por lo tanto me es fuerza reconocer la posibilidad de semejante transicion; aunque no recuerdo otro caso análogo, ni en la literatura ginecológica, ni en mi esperiencia, que es bastante larga."

Es verdad que este caso parece resolver, por lo ménos, la cuestion de posibilidad; pero debe tenerse presente que semejante trasformacion es sin duda rarísima. Un hecho digno de mencionarse en conexion con esta materia es, que en las mujeres negras, en quienes son tan comunes los tumores fibrosos, que algunos creen que siempre los tienen despues de los treinta años, muy rara vez se observan afecciones carcinomatosas del útero.

Los cuerpos fibroídeos de la matriz suelen no desarrollarse mas de uno á un tiempo, en cuyo caso no llegan por lo regular á hacerse muy grandes; pero á veces se encuentran en gran número y adquieren dimensiones considerables. Courty menciona uno que pesaba 50 libras, y yo he estirpado otro de igual peso, junto con el útero y los ovarios. Hace algunos años presenté en la Sociedad Patológica de Nueva York, un útero de negra que contenía treinta y cinco tumores de diferentes tamaños, desde el de una avellana hasta el de la cabeza de un feto.

Estas escrecencias se desarrollan en cualquier parte de la matriz; pero el cuerpo y el fondo son su asiento ordinario; y el cuello su sitio ménos comun de todos, segun lo demostró el exámen de 75 preparaciones de los museos de Lóndres, practicado por Mr. S. Lee con objeto de determinar este punto. El Dr. Murray refirió en el sexto tomo del

[1] McClintock, Diseases of Women. [2] Ob. cit., p. 173.

"*London Obstetrical Transactions*," un caso muy interesante de un tumor grande que se desarrolló debajo del orificio interno. La estructura de estos tumores varía muchísimo, no solo por ser diferente su desarrollo primitivo, sino por ser susceptibles de ciertos estados morbosos que se mencionarán en breve, y que producen sus modificaciones características. La forma típica es la de tejido fibroso, duro y resistente, que cruge bajo el cuchillo, y que con el microscopio se ve que se compone de fibras finas y largas, generalmente unidas en hacecillos; de células fibrosas fusiformes análogas á elementos fibro-plásticos; y de pequeñas granulaciones esféricas, ó elípticas; estando unidos todos estos elementos por una sustancia fina intercelular.

Estos tumores consisten en los elementos hipertrofiados del útero, órgano con el cual guardan estricta conformidad. Investigadores recientes afirman que el tejido conjuntivo predomina en su estructura en los mas de los casos; pero en cierto grado la hipertrofia muscular tiene siempre parte en su desarrollo, y por esto fué que á Billroth no le parecieron propios los términos fibroma y mioma. En algunos casos la cantidad de tejido muscular escede á la del conjuntivo en su formacion. Este, que puede llamarse el tipo normal del fibroide uterino, reviste á veces el carácter de tumor fibro-quístico, por la formacion de quistes en el espesor del tejido fibroso.

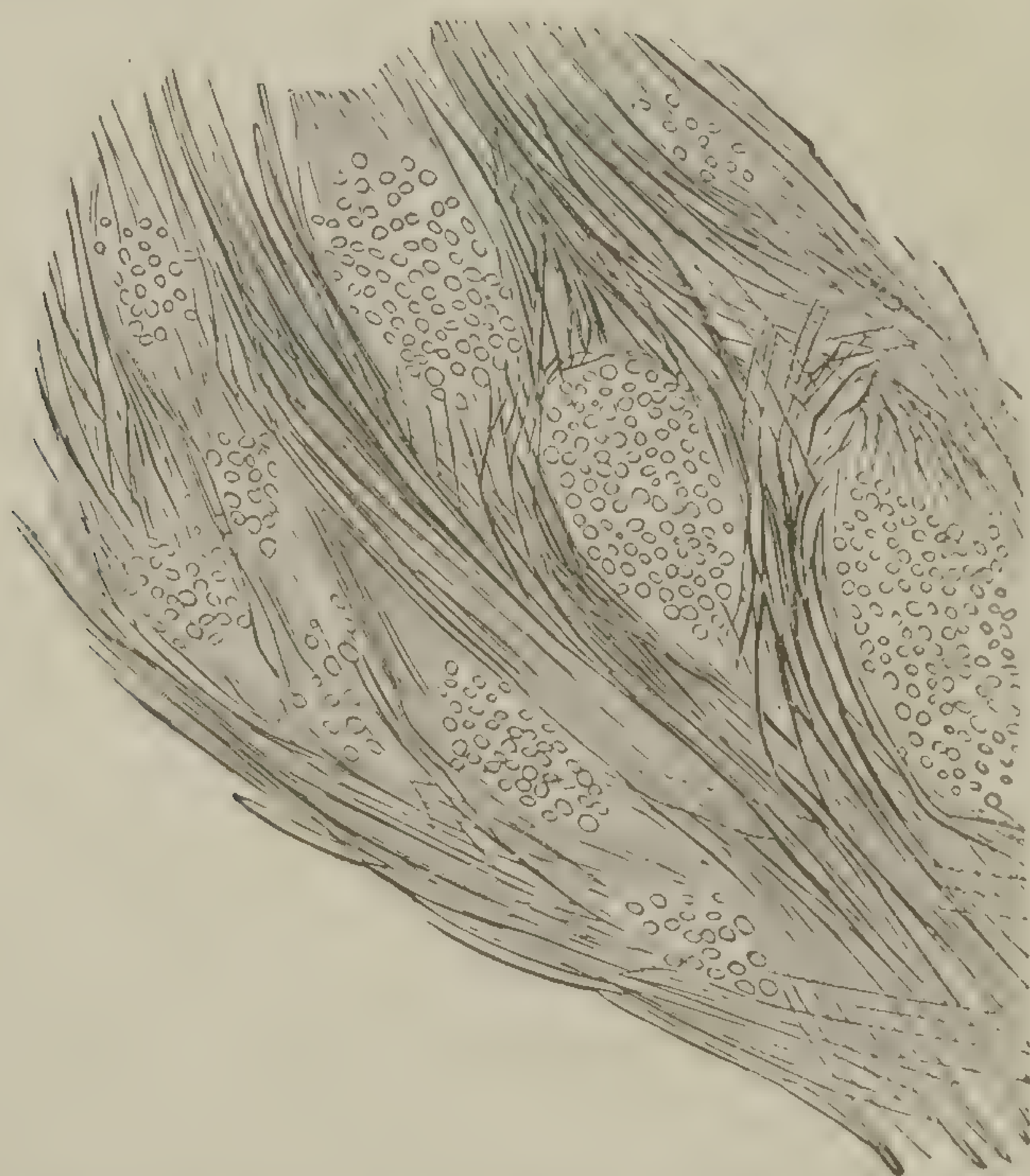


FIG. 142.—Fibroma del útero. Seccion longitudinal oblícua de los hacecillos de células musculares. (Billroth.)

Los fibroides uterinos están sujetos á ciertas enfermedades, de las cuales las mas frecuentes son el edema; la inflamacion; la gangrena; la degeneracion grasosa, calcárea y coloídea; y la apoplejía. Esta últi-

ma consiste en la rotura de pequeños vasos dentro de la masa, y en la consiguiente acumulacion de sangre.

El tumor en su totalidad suele, aunque muy rara vez, convertirse en una masa globulosa de sustancia calcárea, que forma eminencia en el útero ; y que desprendiéndose, es espulsada á veces por la vagina, constituyendo la enfermedad llamada cálculo uterino por los escritores antiguos. El pedículo de los fibroides compuestos suele ser el sitio de una especie de degeneracion varicosa de los vasos pequeños, que da á la estructura el aspecto de tejido eréctil : Virchow ha dado el nombre de tumores telangiectáticos á los que presentan dicha alteracion. Esta estructura vascular sangra con facilidad ; y he visto un caso en que ocasionó un pequeño hematocele. El pedículo de los tumores fibroídeos tambien contiene vasos de tamaño considerable ; Caillard menciona uno del calibre de la arteria radial, y Klob ha observado sólo uno, cuyo calibre era igual al de la arteria uterina.

Variedades.—Klob divide estas escrecencias en simples y compuestas. La primera clase consiste en un tumor, esférico por lo general, y unido al útero por medio de tejido conjuntivo flojo ; la segunda consiste en un tumor compuesto, formado por la agrupacion de varios cuerpos fibroídeos pequeños, unidos por tabiques de tejido conjuntivo flojo. Esta última variedad es mas vascular que la primera, y su superficie, en vez de ser lisa, es lobulada. Clínicamente hablando, ámbas clases se presentan bajo tres formas, segun la parte de la pared uterina en que se hallen situados los tumores ; y se les da el nombre de sub-mucosos, cuando se desarrollan debajo de la membrana mucosa y forman eminencia en lo interior de la matriz ; de sub-serosos, cuando se producen debajo del peritoneo ; y de intersticiales, cuando tienen su asiento en el espesor de la pared uterina.

Si el tumor se encuentra en la pared de la matriz, suele llegar á adquirir allí grandes dimensiones ; pero cuando está situado cerca de la túnica mucosa ó la serosa, su presencia escita esfuerzos contráctiles en el parénquima que lo rodea ; los cuales muchas veces concluyen por impelerlo hácia la cavidad uterina ó la abdominal. Mantiénese en comunicacion con el tejido que le dió orígen, unas veces por medio de una base ancha, y otras por un pedículo largo y angosto que, en la forma sub-peritoneal, le permite gran movilidad. Cuando la escrecencia es impelida adentro de la cavidad uterina, y su insercion adquiere gradualmente la forma de un pedículo delgado, toma el nombre de pólipo fibroso, que es, pues, una variedad del fibroide sub-mucoso.

Los tumores uterinos sub-peritoneales suelen cambiar de posicion de la manera mas estraordinaria. Algunas veces, habiéndose roto el pedículo, se han encontrado flotando libremente en el peritoneo ; y otras veces, despues de desarrollar una inflamacion adhesiva, se han desprendido del útero y adherido á alguna otra víscera abdominal.

Causas.—Las causas predisponentes, ó mejor dicho las que se consideran generalmente como tales, son:—

La raza; siendo la africana peculiarmente propensa á esta enfermedad;
La edad; de los treinta á los cuarenta y cinco años;
La esterilidad;
Las perturbaciones menstruales de larga duracion.

Con respecto á las causas escitantes, podemos desgraciadamente repetir ahora estas palabras, escritas por Sir Charles Clark en 1814: "Nada se sabe acerca de la causa de esta enfermedad." Su etiología no se ha aclarado en sesenta años de investigaciones.

Complicaciones.—Las que con mas frecuencia se presentan durante la marcha de este estado morboso, son:—

Endometritis;
Dislocaciones;
Cistitis;
Obstruccion del recto;
Hemorroides;
Pelvi-peritonitis;
Hiperplasia areolar;
Atrofia de las paredes uterinas.

Los diversos aspectos que presentan las paredes de la matriz, habrán sin duda sorprendido al que haya hecho autopsias en casos en que existieron fibroides uterinos. La cavidad del útero, cuando existen varios tumores, se encuentra algunas veces tan cambiada y tortuosa que no se puede llegar á ella; miéntras que en los casos en que se ha desarrollado un gran número de tumores, estos usurpan el lugar ocupado por el útero, que parece haber desaparecido por completo. En el caso ya mencionado, en que conté treinta y cinco tumores, no podía descubrirse con la simple vista el menor vestigio del útero, mas arriba del orificio interno. El vicio de nutricion que la presencia de estos tumores establece, da lugar en unos casos al aumento de espesor de las paredes uterinas, á consecuencia de un trabajo hipertrófico intersticial; en otros, el aumento de espesor se manifiesta en diversos puntos aquí y acullá; miéntras que en otros aun, la pared uterina llega á adelgazarse de tal manera por la atrofia y distension, que no parece ya mas que una membrana finísima. Walter ha llamado "útero membranoso" el órgano así distendido y adelgazado.

Síntomas.—La enumeracion de complicaciones que precede bastará para esplicar el gran número de signos racionales que se manifiestan; pues no sólo se observan los síntomas de tumores fibroídeos, sino los de las varias afecciones á que estos dan orígen. Los síntomas mas culminantes son:—

Menorragia ó metrorragia;
Irritabilidad de la vejiga y el recto;
Dolor en la region de la pélvis;
Tenesmo uterino ;
Leucorrea abundante ;
Dismenorrea ;
Señales de compresion de los nervios y vasos crurales ;
Flujo uterino acuoso.

Estos síntomas no pertenecen igualmente á las tres variedades de la afeccion. Los tumores sub-peritoneales muchas veces, y los intersticiales algunas, no presentan ninguno, ó presentan, por lo ménos, muy pocos de dichos síntomas ; siendo la forma sub-mucosa la que los manifiesta mas constantemente y de una manera mas acentuada.

Signos físicos.—Los signos racionales, por numerosos y notables que sean, nunca llegan mas que á escitar sospechas que á su vez conducen á la investigacion física.

Si el tumor fuere grande, el diagnóstico no presentará dificultad alguna ; pues la luz que se obtiene con el tacto vaginal y la palpacion abdominal, empleados sucesiva ó simultáneamente, basta para determinar definitivamente el carácter del caso ; pero cuando el tamaño de la escrecencia es pequeño, son grandes muchas veces las dificultades que acompañan al diagnóstico ; y suele ser necesario, ántes de establecerlo positivamente, que haya estado el caso por largo tiempo sometido á la observacion. Para un exámen perfecto se requiere la mas completa y escrupulosa esploracion, hecha por el tacto, de las superficies anterior y posterior de la matriz, y de su cavidad hasta el fondo.

Cuando se quieren examinar las superficies esternas del útero, se recuesta la enferma de espaldas con las piernas en flexion, y se cuida de suprimir todo lo que apriete la cintura, y de evacuar el recto y la vejiga. En seguida el facultativo, comprimiendo el útero hácia abajo con la mano derecha colocada sobre el hipogastrio, esplora con el dedo índice de la izquierda la pared posterior, en la mayor estension que sea posible, primero por la vagina y luego por el recto. Miéntras el dedo introducido en la vagina ó el recto eleva el útero, las puntas de los dedos colocados sobre el abdómen deben dirigirse detras del fondo y hácia abajo á lo largo de la pared uterina posterior, procurando aproximarlos al dedo que se halla dentro de la pélvis. Por este medio se logra la esploracion parcial de la pared posterior en las mujeres en que están tiesos los músculos abdominales, y completa en las que los tienen delgados y relajados.

Empujando en seguida el cuello hácia adelante con el dedo introducido en la vagina, los dedos de la mano que está sobre el abdómen, partiendo del fondo y deprimiendo la pared abdominal, se deslizan sobre la superficie uterina anterior hasta el nivel del cuello. Como el dedo que

eleva el cuello ofrece resistencia á la fuerza de la mano que se mueve sobre el abdómen, esta maniobra proporciona el exámen completo de la superficie anterior de la matriz ; á ménos que la enferma sea muy obesa ; en cuyo caso, aferrando con un tenáculo el cuello, se atrae hácia abajo el útero de modo que la pared posterior se halle mas accesible al tacto rectal, y sea al propio tiempo mas fácil esplorar la anterior con el dedo introducido en la vagina, el cual insiste fuertemente contra la base de la vejiga.

Cuando sea importante establecer un diagnóstico que no deje lugar á dudas, y fuere imposible hacerlo por los medios que se acaban de mencionar, podrá recurrirse al método de Simon con mucha confianza en sus resultados.

Para examinar la superficie interna del útero, se debe primero dilatar completamente el cuello á beneficio de los dilatadores de esponja ó de laminaria ; y apartados estos, deprimir acto continuo el órgano, como si se tratase de examinar su superficie esterna, introduciendo el dedo en su cavidad, hasta el fondo.

Diagnóstico diferencial.—Las enfermedades que pueden tomarse por tumores fibrosos, son :—

Preñez ;
Inflamacion, ó abceso del tejido celular peri-uterino ;
Hematocele pelviano ;
Anteflexion ó retroflexion ;
Tumores ováricos ;
Acumulacion de materias fecales.

El embarazo se presenta acompañado de amenorrea y los demas fenómenos que le son característicos ; miéntras que en casos de fibroides uterinos hay por lo general tendencia á la menorragia ; el útero en estado de gestacion presenta una configuracion simétrica ; é irregular, ordinariamente, cuando es asiento de fibroides ; además, el tumor que se halla en la preñez es casi siempre mas blando que el que se observa en casos de fibroides, y ocupa con mas uniformidad la línea media. Cuando el caso es dudoso, el tiempo y los movimientos fetales establecerán el diagnóstico de la manera mas positiva.

El tumor producido por la celulitis, carece comunmente de movilidad, es muy sensible, se presenta de súbito, acompañado de fiebre, y fija el útero. Al tumor fibroso lo distinguen rasgos enteramente opuestos.

El hematocele suele presentarse repentinamente y con síntomas violentos ; el tumor es sensible, inmóvil, y semi-flúido al principio, y va acompañado de timpanitis y perturbacion constitucional. Los tumores fibroídeos, por el contrario, no manifiestan semejantes síntomas.

Si hay flexion, revelará su existencia la tienta uterina ; y se establecerá el diagnóstico diferencial entre aquella y los cuerpos fibroídeos, por medio de la palpacion asociada con el tacto rectal.

Los tumores ováricos duros son los que únicamente dificultan el diagnóstico; pero son poco frecuentes. No van acompañados de menorragia, se pueden empujar de un lado á otro sin que esto afecte la posicion del útero, ya descubierta por el tacto vaginal, y no participan tanto como los tumores fibrosos de los movimientos que imprime al útero la sonda uterina. Cuando un tumor ovárico se encuentra fuertemente adherido á la matriz, la distincion es, no solamente difícil, sino muchas veces imposible.

La acumulacion de materias fecales presenta un tumor, cuya testura suele ceder bajo la presion; hállase de ordinario el tumor en el ciego; no se mueve con la matriz; ocasiona perturbacion y dolor intenso en el intestino, y ejerce muy poca influencia en las funciones del útero.

Aunque se ha echado una ojeada breve al asunto del diagnóstico diferencial, no por eso se ha de suponer que sea siempre fácil la distincion; pues son muchos los casos en que sólo la mas solícita vigilancia podrá conducir al observador á una conclusion acertada.

Pronóstico.—El práctico no puede andar con demasiada reserva al hacer el pronóstico de los fibroides uterinos; puesto que en pocas enfermedades está el médico jóven mas espuesto á caer en error ó á tener motivo para arrepentirse de una prediccion demasiado halagüeña. Los tumores fibroídeos, á no ser muy voluminosos, rara vez terminan funestamente, sea cual fuere la gravedad que presenten al descubrirlos; mas no por eso dejan de causar la muerte con sobrada frecuencia para que sea lícito hacer un pronóstico enteramente favorable.

Frecuencia.—La frecuencia con que se ven estos tumores, corrobora hasta cierto punto las observaciones que acabamos de hacer. Si fueran en realidad tan peligrosos como suele suponerse, causarían anualmente gran número de muertes; pues segun McClintock "el tumor fibroso, si esceptuamos la inflamacion y sus resultados, es sin duda la mas frecuente de las afecciones orgánicas de la matriz." Bayle opinaba que el veinte por ciento de las mujeres que morían despues de los 35 años, padecían estos tumores; pero aun suponiendo exagerado su cálculo, el mero hecho de su enunciacion dará una idea de la frecuencia de la enfermedad; y no parecerá tan estraordinario cuando se lea el estracto que sigue, en que Klob,[1] tratando de su frecuencia; dice que "es tal en la edad crítica, que indudablemente el cuarenta por ciento de los úteros de mujeres muertas despues de los 50 años, contienen tumores fibroídeos."

El diagnosticador que ha descubierto un fibroide uterino y se siente inclinado á hacer un pronóstico grave, hará bien en tener presentes los hechos que anteceden, para no comprometer el bienestar de su enferma y su propia reputacion.

Curso, duracion y terminacion.—Como se ha dicho ántes, estas

[1] Ob. cit., p. 177.

escrecencias pueden llegar al enorme peso de cincuenta libras. Afortunadamente es muy raro que alcancen semejantes dimensiones ; mas no por eso dejan de agotar en algunos casos las fuerzas de la enferma con la metrorragia, leucorrea é hidrorrea á que dan lugar, y cierto grado de irritacion general, acompañada muchas veces de fiebre héctica. Pero esta terminacion, como la anterior, es escepcional. Despues que han adquirido un regular tamaño, cesa ordinariamente su desarrollo, ó sólo continúa con lentitud hasta la menopáusis, molestando notablemente á la enferma y agotándole las fuerzas con la hemorragia.

Por lo comun, despues que han adquirido cierto tamaño, ó no se desarrollan ya mas ó sólo continúan creciendo con lentitud hasta la menopáusis, molestando notablemente á la enferma y agotándole las fuerzas con la hemorragia. Sufriendo entónces cierto grado de atrofia, despues que han cesado las funciones del útero y de los ovarios, dejan de ser peligrosos los tumores, y es poca la molestia que causan.

Aun durante el período de actividad uterina, hay casos en que la naturaleza, sin auxilio del arte, efectúa la curacion por uno de los medios siguientes:—

Absorcion, ó atrofia ;
Espulsion directa por rotura del pedículo;
Disgregacion por falta de nutricion, ó de resultas de un trabajo inflamatorio;
Degeneracion calcárea ;
Gangrena.

El tumor suele verse desprovisto de nutricion á causa del desarrollo de un trabajo inflamatorio en la estructura vascular de su pedículo, ya descrito ; en el cual se encuentran á veces colecciones purulentas.

Estos tumores participan sucesivamente de los cambios uterinos determinados por la menstruacion, el embarazo y la menopáusis. Así es que durante la catamenia se congestionan é hipertrofian, y manifiestan mayor sensibilidad, lo mismo que el tejido del útero ; durante la preñez, sus fibras musculares crecen ; y es probable que tambien sufran una metamórfosis retrógrada despues del parto ; y cuando la atrofia senil sucede á la menopáusis, se deteriora su nutricion y sufren á veces degeneracion grasosa ó calcárea.

Suele un trabajo morboso destruir, al parecer liquidando, los tejidos de estas escrecencias, formándose en su interior colecciones flúidas ; y el líquido acumulado puede ser purulento, acuoso, ó sanguíneo. Los patólogos dicen que en algunos casos se efectúa, en el mismo centro de la masa ó en su inmediacion, un trabajo de degeneracion coloídea que reblandece y licúa el tejido fibroídeo. Otras veces sobreviene la apoplejía que da orígen á la cavidad inicial ; la cual se encuentra despues ocupada por detritus del coágulo, y por una serosidad turbia.

Tratamiento paliativo.—En la mayor parte de los casos de tumores

intersticiales ó sub-serosos, deben limitarse los esfuerzos del facultativo á aliviar los males que ocasionan aquellos, y que provienen generalmente de la dislocacion del útero, de la compresion de órganos y partes adyacentes, y de la menorragia ó metrorragia; ó bien de todas estas condiciones, resultantes de dichas escrecencias. El primero de estos estados morbosos suele aliviarse mucho reduciendo el órgano dislocado y manteniéndolo en el estrecho superior, ó mas arriba; lo que puede efectuarse por los medios ordinarios de reduccion, y en casos difíciles con el uso del pesario representado por la Fig. 111; ó bien con el de uno de los varios pesarios intra-vaginales de anteversion ó retroversion, si el caso no fuere rebelde. La segunda serie de males puede atenuarse con un pesario bien puesto, cuyo efecto se auxilía apartando completamente del abdómen todo peso ó constriccion, y usando una cintura abdominal eficaz. El alivio de la menorragia ó metrorragia es generalmente difícil, y no pocas veces imposible. La presencia en el útero de un cuerpo fibroídeo mantiene una hiperemia del tapiz mucoso; la cual trae en pos de sí leucorrea, hidrorrea, y menorragia. Afortunadamente se puede casi siempre lograr, por lo ménos, algun alivio, con guardar el decúbito horizontal miéntras duran las reglas; administrando hemostáticos, como el agua de Rabel, el cornezuelo de centeno, la tintura de cáñamo indiano, el ácido agállico, etc.; y con el taponamiento, cuando la hemorragia ha sido ya suficiente para satisfacer las exigencias de la ovulacion. Yo recurro con frecuencia, y siempre con buenos resultados, á la práctica de introducir un tapon de algodon empapado en una disolucion de alumbre, despues que el flujo menorrágico ha durado en tales circunstancias, cuatro ó cinco dias. La enferma quedará muchas veces en un estado exangüe grave, si no se adoptan medidas que ejerzan una influencia dominante para contener el flujo sanguíneo; y miéntras se empleen los medios indicados, se mantendrán normales las funciones del vientre, vigilando solícitamente las del hígado y de la piel.

En algunos casos, la ingurgitacion de la mucosa que tapiza lo interior del útero y cubre el tumor, causa el desarrollo, en la superficie de este, de pequeñas escrecencias fungosas, que mantienen y hacen copiosa la hemorragia. La aplicacion de la cuchareta es muy útil en estas circunstancias, y aun cuando se hubiese errado en el diagnóstico, resultaría beneficiosa, dividiendo los vasos de la mucosa, y minorando de este modo la congestion.

Si fracasaren estos medios, como sucede con frecuencia, se adoptarán otros mas eficaces. Se debe dilatar el cuello por los medios ordinarios, y lavar bien la cavidad uterina con una inyeccion de partes iguales de tintura de yodo y agua, ó de una disolucion de persulfato de hierro (1 parte en 10 de agua).

Cuando no se puede contener lo suficiente la hemorragia, aun por estos medios, se recurrirá sin pérdida de tiempo á otros, tambien paliativos, pero quirúrgicos; los cuales podrán ser eficaces como hemostáti-

cos, al mismo tiempo que preparan el camino para los medios curativos, si llegan á considerarse estos necesarios.

Se ha observado que con frecuencia se disminuye mucho la hemorragia producida por los fibroides uterinos, practicando la incision del cuello de la matriz; método que inauguró Amussat, y que siguieron despues Nélaton, Brown, y McClintock. Las incisiones profundas á los lados y al traves del canal del cuello, ejercen una influencia beneficiosa, de cierto modo que no puede esplicarse bien, en contener esta forma de hemorragia; y se puede alcanzar un efecto mas poderoso todavía cortando directamente al traves de la misma túnica que cubre el tumor, á fin de dividir su cápsula, su capa de fibras superficiales, y sus vasos superficiales, disminuyendo así la cantidad de sangre que recibe.

Tratamiento curativo.—Los medios quirúrgicos para la curacion de los fibroides uterinos se han perfeccionado rápidamente en los veinte y cinco últimos años; pero su carácter, aun en la actualidad, no es tal que justifique el recurrir á ellos cuando por otros medios pueden evitarse los peligros que los acompañan. Puede decirse, por esta razon, que sólo se debe echar mano de los procedimientos quirúrgicos: primero, cuando el asiento del tumor no hace impracticable ó peligrosa su ablacion; y segundo, cuando la enfermedad amenaza la vida de la enferma. El cirujano, al estirpar estas escrecencias, imita, hasta cierto punto, el modo que se observa en la naturaleza de efectuar la curacion; valiéndose de algunos de los medios mencionados que aquella pone en ejercicio, añade él otros que la naturaleza nunca ha desarrollado.

Los cuerpos fibroídeos del útero, ya sean sub-mucosos, ya sub-peritoneales, ó ya intersticiales, pueden estirparse por uno de los métodos siguientes:—

Absorcion;
Escision, magullamiento, y gálvano-cauterio;
Avulsion;
Enucleacion;
Gastrotomía.

Absorcion.—Aunque es cierto que estos tumores han desaparecido algunas veces durante la administracion de los medicamentos que llaman absorbentes, y quizá por efecto de ella, no sabemos de una manera positiva que ninguna de esas drogas pueda escitar su absorcion; y no sólo no se puede confiar en tal resultado, sino que la esperiencia nos obliga á considerarlo como positivamente escepcional. Scanzoni, despues de recomendar las sustancias de mas fama como absorbentes, dice: "No recordamos un solo caso en que hayamos alcanzado la completa curacion de un cuerpo fibroso por los medios indicados, ú otros." El efecto de tales medicamentos nunca es inmediato, y por lo tanto, cuando se administren con este objeto, habrá que perseverar por muchos meses, y aun por uno ó dos años, ántes de dar por terminado su ensayo.

Los que mas se han preconizado son el yodo, el bromuro, y el yoduro de potasio; las drogas que se supone tienen la propiedad de producir la degeneracion grasosa, y á las que se ha llamado *esteatogénicas*, como el arsénico, el fósforo y el plomo; las preparaciones de cal; y por último, las aguas minerales de Kreuznach, de Kissingen, de Krankenheil, y otros manantiales; pudiendo emplearse algunas de estas en forma de baños de asiento, además de tomarlas interiormente.

Hildebrandt,[1] de Königsberg, publicó, hace dos años, una serie de nueve casos de fibróides uterinos, para los cuales el único tratamiento adoptado fué el de inyecciones subcutáneas de ergotina; y en siete de ellos hubo una mejoría estraordinaria. Hé aquí la teoría de este tratamiento: impedida la nutricion del tumor, por la compresion consecutiva á las contracciones de las fibras uterinas determinadas por la ergotina, síguese la degeneracion grasosa, y de este modo el tumor se hace susceptible de ser absorbido. Hildebrandt alcanzó un éxito tan feliz, que el mas confiado temerá naturalmente que la esperiencia del porvenir no produzca iguales resultados; pero á juzgar por la que otros han tenido hasta ahora de su método, es fuerza convenir con que promete mejores frutos que otro ninguno que se haya puesto en práctica.

A continuacion se verá un breve estracto de algunos de los casos de Hildebrandt:

Caso 1°. Edad de la enferma 31 años; duracion del tumor, 3 años; útero tan grande como en el séptimo mes del embarazo; hemorragias frecuentes y copiosas. Inyecciones diarias de ergotina durante seis semanas, al cabo de las cuales se verificó la menstruacion con regularidad y sin dolor. Las inyecciones continuadas diariamente por quince semanas mas, al fin de las cuales desapareció del todo el tumor, cuyo volúmen había ido disminuyendo de semana en semana.

Caso 2°. Con el uso de las inyecciones, "disminuyó el tamaño del útero por la absorcion del tumor intra-uterino; la menstruacion se regularizó, y desaparecieron el dolor y la leucorrea."

Caso 3°. Edad, 30 años; desde los 16 años, flujos sanguíneos abundantes, que duraban á veces de seis á ocho meses; anemia y emaciacion escesivas; el fondo de la matriz casi en un punto medio entre el púbis y el ombligo; por el tacto se percibía un tumor en la pared anterior del útero. Inyecciones subcutáneas diarias, desde el 17 de Enero hasta el 5 de Marzo, día en que fué despedida la enferma; menstruacion regular; mejoría de la salud general; minoracion notable del volúmen de la matriz, cuya porcion vaginal había vuelto casi completamente á su tamaño ordinario.

Caso 6°. Edad, 45 años; el útero llegaba hasta el ombligo; anteversion; fibroide grande en la pared anterior; hemorragia; menstruos irregulares. Mejoría notable despues de haber recurrido á las inyecciones; el fondo del órgano había descendido hasta un punto medio entre el ombligo y el púbis.

La disolucion empleada subcutáneamente se componía de 3 partes de estracto acuoso de cornezuelo de centeno, en $7\frac{1}{2}$ de glicerina y $7\frac{1}{2}$ de

[1] Berlin, Klin. Woch. Amer. Journ. Obstet., Noviembre, de 1872.

agua. En cada inyeccion se administraban 18 centígramos del estracto, introduciendo la cánula de la jeringuilla en la region hipogástrica.

Este tratamiento produce desde el principio un ergotismo tan grave en algunos casos, que es necesario abandonarlo; y otras veces da orígen á pequeños y dolorosos abcesos; pero segun Híldebrandt, este último inconveniente se obvía haciendo penetrar la cánula directamente en el tejido areolar subcutáneo. Cuando, por alguna idiosincrasia de la enferma, no pueda recurrirse al método subcutáneo, como sucedió en dos de los nueve casos de Hildebrandt, se administrará el cornezuelo de centeno por la boca ó el recto, con la esperanza de escitar la contraccion tónica del útero, de disminuir su vascularidad, y de minorar los flujos sanguíneos y mucosos, y el crecimiento consecutivo del tumor.

Desde que se publicó el método de Hildebrandt lo he adoptado en algunos casos; y aunque no he alcanzado tan buen éxito como él, me siento dispuesto á recomendarlo, persuadido de que promete escelentes resultados.

Procedimientos quirúrgicos.—El buen éxito en la estirpacion de estos tumores por los procedimientos quirúrgicos que pasamos á considerar, depende de dos elementos: 1°, del grado de prominencia que forme el tumor en la cavidad uterina; 2°, del grado de dilatacion del canal del cuello. No quiero decir que dichos elementos determinen la oportunidad de la operacion, pues es posible que pueda estirparse el tumor aun cuando sea en gran parte intersticial, causando sólo una ligera prominencia de la mucosa hácia adentro, y encontrándose el canal cervical completamente contraido; pero la estirpacion entónces es mucho mas difícil, y pone en mayor peligro la vida de la enferma. El fibroide intersticial escita contracciones uterinas que de ordinario concluyen por desalojarlo hácia la superficie, convirtiéndolo en sub-seroso ó sub-mucoso. En ámbos casos arrastra consigo una capa de tejido uterino que lo cubre, y que, cuando penetra en la cavidad de la matriz, es una de las circunstancias que impiden su espulsion á la vagina, siendo otra la contraccion del cuello. Algunas veces la naturaleza vence, sin otro auxilio, estos obstáculos; pero el arte los quita del medio cuando son demasiado potentes para aquella.

Antes de practicar cualquier procedimiento con objeto de estirpar cuerpos fibroídeos de la cavidad del útero, se dilatará completamente el cuello; lo cual puede efectuarse por tres métodos distintos:—

1°. Se puede dilatar gradualmente el cuello, romper poco á poco las inserciones del tumor, y efectuar lentamente su espulsion, por medio del cornezuelo de centeno.

2°. Puede dilatarse rápidamente el cuello, en parte ántes, y en parte durante la operacion.

3°. Puede dilatarse gradual y completamente el cuello ántes de proceder á la operacion quirúrgica.

Por el primer método se dilata el cuello con los dilatadores ordinarios; su porcion vaginal se corta con tijeras hasta el punto donde se une con la vagina; las fibras del canal, que forman el orificio interno, se dividen con un cuchillo pequeño; la hemorragia se contiene por medio del taponamiento; y se administra el cornezuelo de centeno con objeto de causar la espulsion del tumor, y aumentar la distension del cuello. Estas medidas preparatorias contienen por lo general la hemorragia, y por lo tanto se demorará indefinidamente la intervencion ulterior, continuando en el ínterin la administracion del cornezuelo de centeno, y cuando pueda alcanzarse la adherencia que une el tumor al útero, se romperá con el dedo ó con un instrumento embotado.

Por el segundo método, se ensancha el cuello con los dilatadores, y se corta de la manera que se acaba de esplicar, al tiempo de la operacion.

Por el tercero, se hace la dilatacion completa de la manera indicada, ó se incinde con unas tijeras ó cuchillo, manteniendo y aumentando la dilatacion hasta el tiempo de la operacion, que no distará mucho, por medio de saquillos de agua. Los saquillos de agua ordinarios, que se conocen con el nombre de *dilatadores de Barnes*, además de no ser suficientemente poderosos para dilatar el cuello del útero no puerperal, efectúan la dilatacion de una manera irregular. El instrumento de Molesworth, que se ve en la Fig. 143, y que es mucho mas eficaz en

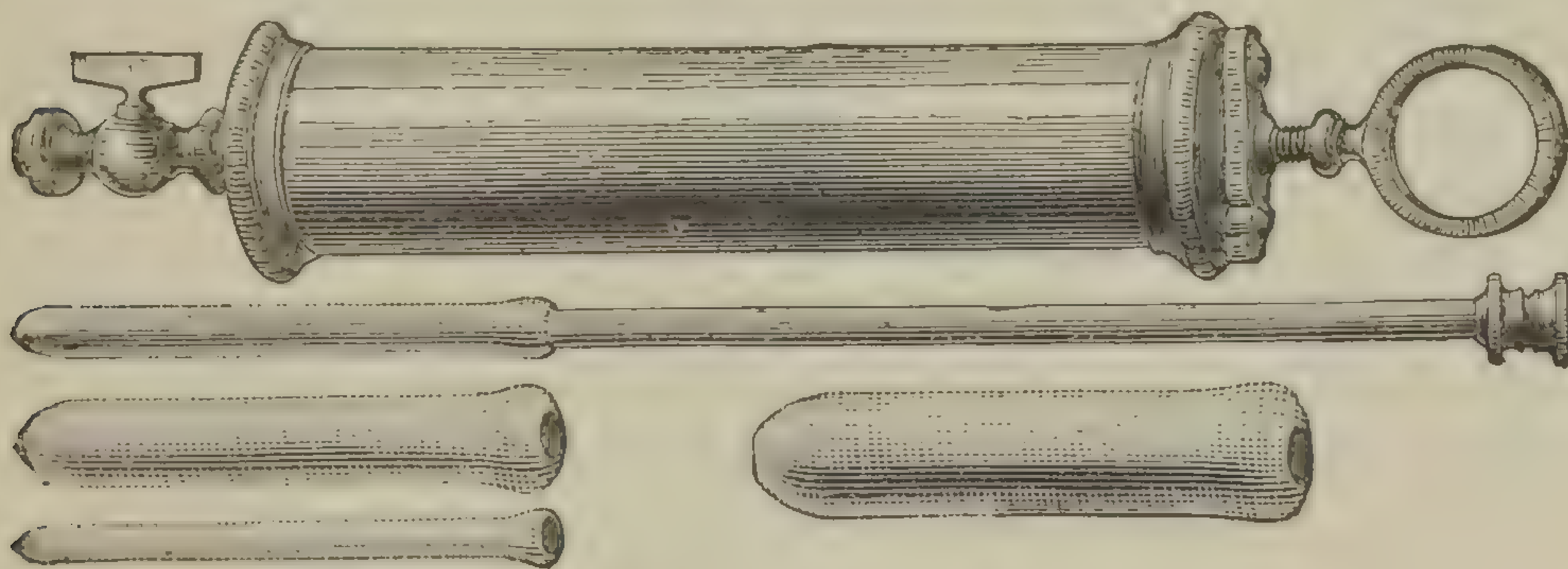


FIG. 143.—Dilatador cervical de Molesworth.

estos casos, se compone de un juego de saquillos largos de caucho puro, construidos de manera que se dilaten lateralmente sin alargarse, y de una bomba repelente niquelada, movida por un tornillo, con cuyo movimiento se hace que el aire, ó el agua, entren por fuerza en el saquillo, á fin de dilatarlo con la rapidez ó lentitud que se desee. Cada instrumento está provisto de una llave pequeña, con la cual puede el operador, si quiere, apartar la bomba, dejando el saquillo en su lugar, y continuar de esa manera la dilatacion por tiempo indefinido.

Tambien tiene cada instrumento dos saquillos; el diámetro del mas pequeño es de $\frac{1}{8}$ de pulgada, y se puede dilatar hasta $\frac{1}{2}$ ó $\frac{3}{4}$ de pulgada; y el del mas grande, de $\frac{1}{4}$ de pulgada, pudiendo dilatarse hasta 1, ó $1\frac{1}{2}$ pulgada.

Escision.—Cuando un fibroide sub-mucoso pequeño forma eminencia en la cavidad uterina, puede estirparse dividiendo el pedículo con tijeras, cuchillo, ú otro cualquier instrumento cortante. Si se encuen-



Fig. 144.—Polípirito de Aveling.

tra al alcance del cuchillo ó de las tijeras, bastarán para estirparlo; pero si la insercion del tumor es mas arriba en la cavidad de la matriz, podrá emplearse el polípirito de Aveling con buenos resultados.

La estirpacion puede efectuarse tambien por medio del fórceps de Nélaton, (Fig. 145,) ó con unas tijeras corvas, de tallo largo, con las

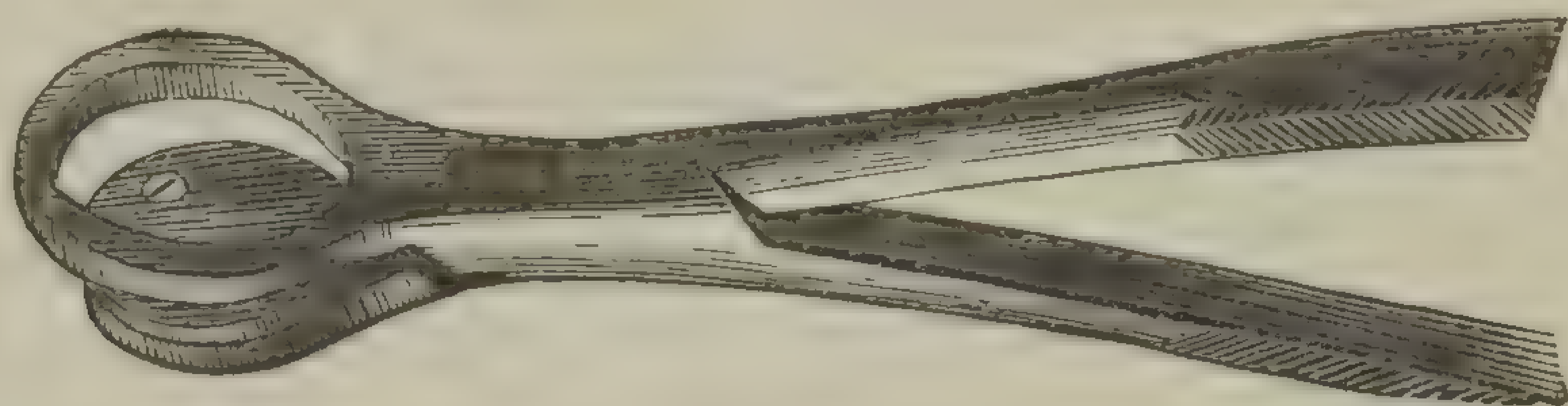


Fig. 145.—Fórceps de Nélaton.

cuales se estirpará tanta parte del tumor cuanto abracen sus hojas; y de este modo se puede estirpar completamente la escrecencia, ó una porcion muy considerable de ella, pedazo por pedazo.

Magullamiento.—Esta operacion, que es practicable y debe preferirse, en muchos casos en que puede estirparse el tumor incindiéndolo, consiste en dividir la masa con el *écraseur*, tan cerca de su adherencia como sea posible. Este instrumento, inventado por M. Chassaignac, de Paris, se compone de un tubo achatado de acero, que encierra dos tallos del mismo metal, que lo atraviesan, llegando hasta su estremidad superior (Fig. 146). Al término de cada uno de ellos está unida la

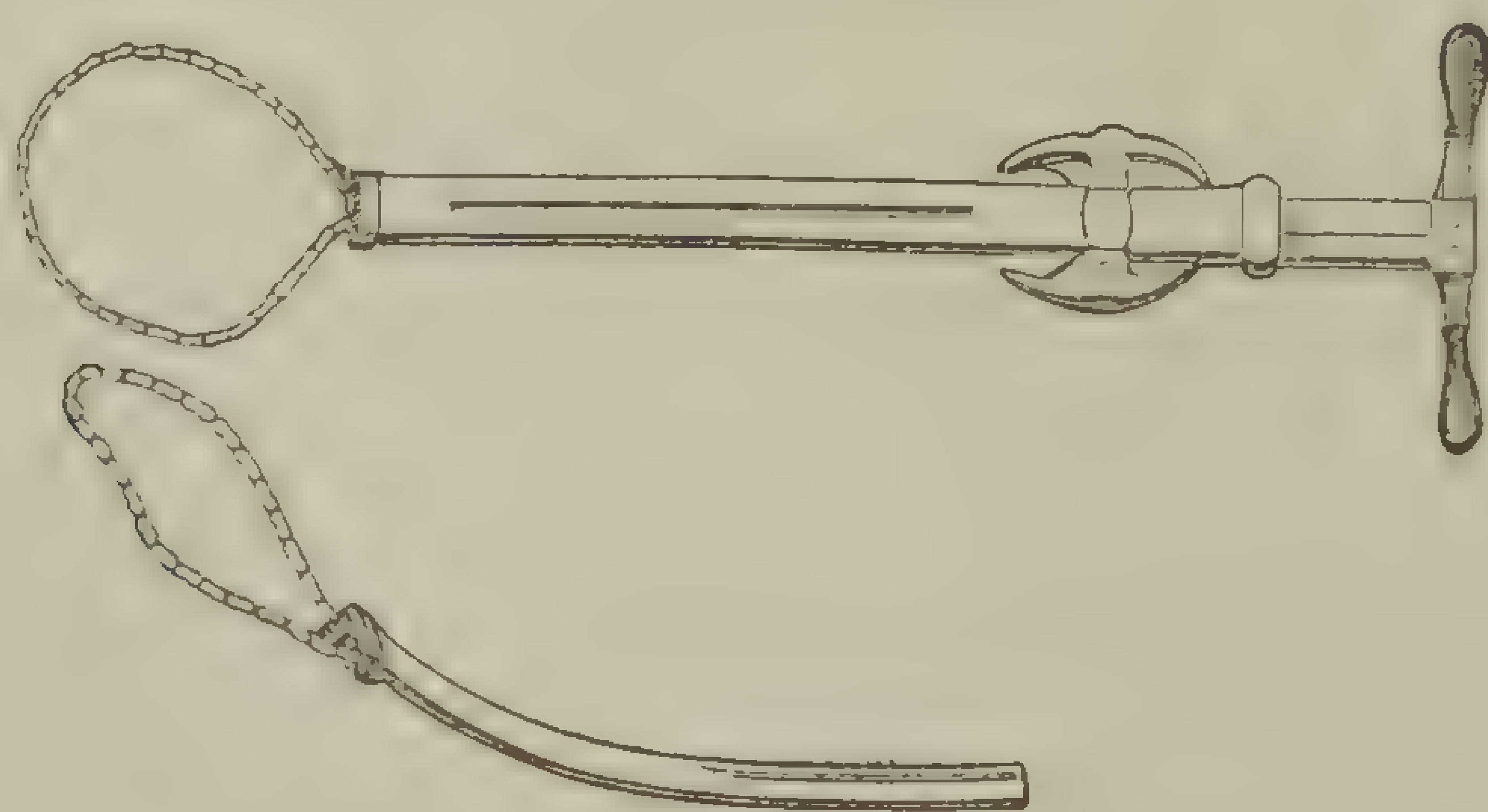


Fig. 146.—*Écraseurs* recto y corvo.

estremidad de una cadena, con la cual se rodea la parte que ha de estirparse; y retrayendo los tallos con un movimiento giratorio que se im-

prime al otro estremo, se va apretando la cadena lenta y progresivamente alrededor del tumor, hasta que al fin lo corta. No solamente presenta el *écraseur* la gran ventaja de impedir la hemorragia, sino que la esperiencia demuestra que el desarrollo de la inflamacion es mucho ménos probable despues de su uso que despues del de los instrumentos cortantes. Cuando el tumor es pequeño, y, habiendo franqueado el útero, cuelga en la vagina, puede aplicarse la cadena del *écraseur* con los dedos como si fuera un asa; pero cuando es pequeño, y su asiento es la cavidad del útero, ó si es voluminoso y se encuentra ya en la vagina ó ya en el útero, puede ser necesario pasarle primero alrededor, con una cánula, un cordon que sirva para colocar la cadena en su lugar; la cual se une despues al *écraseur*.

El uso del *écraseur* se hace á veces tan dificultoso que viene á ser ineficaz; y entónces el *écraseur* de hilo de alambre del Dr. Braxton Hicks, da escelentes resultados. El alambre constrictor es firme, delgado y fácil de manejar; y con él se puede enlazar un tumor que no podría alcanzarse con el intrumento de Chassaignac.

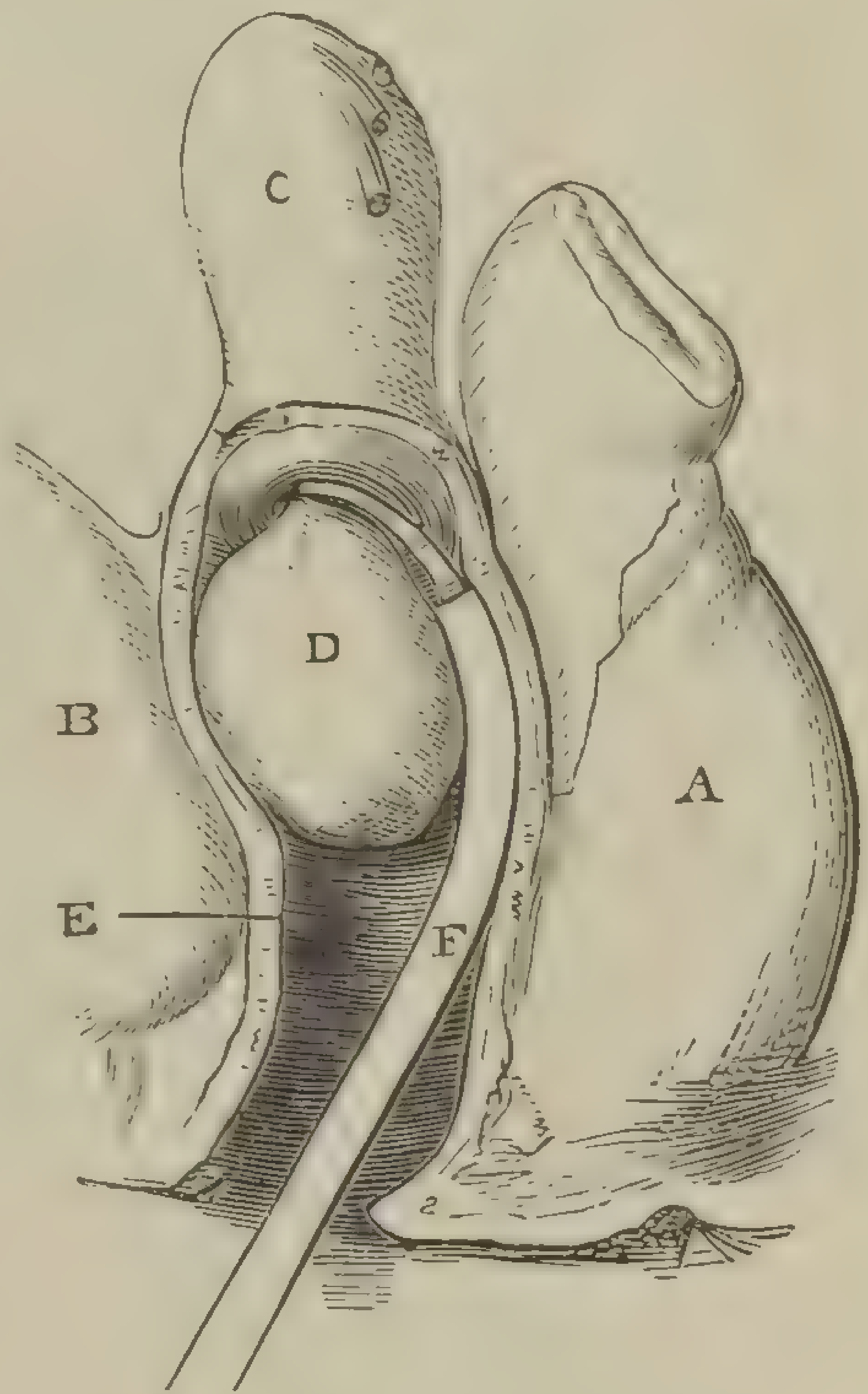


Fig. 147.—El *écraseur* colocado.

Cuando el tumor es voluminoso y ocupa enteramente la vagina, puede estirparse del todo, bien trayéndolo hácia abajo y afuera á favor del fórceps obstétrico, ó bien cortándolo pedazo por pedazo hasta alcanzar su base. Por el primer método, que Desault y Herbineaux fueron los primeros en recomendar y practicar, se invierte el útero temporalmente, se estirpa la escrecencia con el cuchillo, las tijeras, el gálvano-cauterio, ó el *écraseur*, y en seguida se reduce el órgano, no sin haber ántes tocado la superficie herida, si sangra, con un cauterio calentado al blanco. El segundo método se practica mejor con la cauterizacion galvánica ó el *écraseur*, y consiste en rodear y cortar con el alambre ó la cadena tanta parte del tumor como sea posible; repitiendo este procedimiento hasta estirpar la escrecencia en su mayor parte, ó totalmente.

Avulsion.—Habiéndose dilatado el cuello, se agarra el tumor con pinzas y se tira de él con firmeza, y haciendo un movimiento ligero de rotacion; á lo cual pueden ceder sus adherencias uterinas, desprendiéndose el tumor. Si no sucediere así, el operador introduce una mano en la vagina y dos dedos en el útero, con los cuales arranca las in-

serciones de la escrecencia separándola de esa manera. Miéntras dura la operacion, un ayudante mantiene firme el útero y lo deprime con una mano colocada sobre el hipogastrio. El Dr. West dice[1] que "la avulsion violenta del pólipo es una operacion brutal y peligrosa, resto de la antigua cirujía bárbara;" pero el Dr. Duncan ha defendido recientemente con mucha habilidad este método; contra el cual creo que se espresa el Dr. West con demasiada vehemencia.

Enucleacion.—Este procedimiento se presenta como un recurso eficaz y precioso en aquellos casos en que el pedículo del tumor es tan ancho, ó este se encuentra tan adentro en el parénquima, que es imposible practicar ninguno de los procedimientos que se acaban de describir. Ya he dicho que las conexiones de los fibroides sub-mucosos, y aun de los intersticiales, con la pared uterina, no son firmes; hallándose aquellas rodeadas de una capa de tejido celular flojo. Este hecho sugirió á Velpeau hace muchos años la idea de poderse enuclear dichos tumores; teoría que M. Amussat puso en práctica en 1860; y desde entónces han hecho esta operacion muchos cirujanos, entre los cuales el Dr. Atlee, de Filadelfia, es uno de los que la han practicado con mejor éxito. Pero aunque es verdad que debe considerarse este procedimiento como un recurso precioso en muchos casos difíciles, no es ménos cierto que acarrea grandes peligros, y que puede causar la muerte por estenuacion, hemorragia, perforacion del útero, pioemia, ó inflamacion de las vísceras pelvianas. El Dr. West refiere 28 operaciones, de las cuales 14 tuvieron un desenlace funesto.

"La peritonitis, la flebitis, y la pioemia, dice el Dr. West, calculando las probabilidades de buen éxito que ofrece la enucleacion, resultados de la violencia ejercida en el útero de mujeres estenuadas por hemorragias copiosas y muy repetidas, son peligros de que escapan pocas enfermas, y de que temo que la estadística exacta pruebe que son víctimas la mayor parte." Los riesgos que se corren con esta operacion no deben acobardar al cirujano, ni alejarlo de recurrir á ella en casos especiales que á todo trance requieran auxilio; pero sí deben animarlo á agotar los medios paliativos ántes de practicar la enucleacion, que debe considerarse, cuando los tumores son grandes, como el último recurso. Yo he estirpado por este método, y el de la avulsion, siete tumores de diversos tamaños, desde el de un huevo de gallina al de uno de pava, y todas mis enfermas sanaron; y si otras dos perecieron, fué de resultas de los esfuerzos hechos para dilatar el cuello, ántes de la operacion.

La enucleacion puede ser inmediata, por cuyo método los dedos del operador estirpan de una vez la escrecencia; ó gradual, consistiendo este método en que los dedos del cirujano inauguran simplemente el procedimiento que las contracciones del útero se ven escitadas á completar.

[1] 1864.

Para practicar la enucleacion por el primer método, se dilata completamente el canal del cuello; efectuado lo cual, se coloca la enferma de espaldas sobre una mesa fuerte, encargándose los ayudantes de sostener las piernas. Un ayudante deprime con firmeza el útero, haciendo presion sobre el abdómen; y el operador abre la cápsula con tijeras guiadas por dos dedos. En la abertura practicada introduce el dedo índice, y con él fija el tumor; efectuado lo cual, hace, con tijeras, ó con un bisturí de boton, una incision crucial al traves de la cápsula, estendiéndola cuanto sea posible. En seguida, introduciendo cuidadosamente una mano en la vagina, y empujando el útero hácia la vulva con la otra, ayudada por la de un ayudante, procede á separar hácia atras la cápsula y á enuclear gradualmente el tumor. Por lo general se obtendrá el resultado apetecido, formándose de ese modo un orificio artificial para que salga la escrecencia de su cápsula. Si la vagina no se dilata fácilmente, conviene prepararla para estas maniobras á beneficio de inyecciones calientes, y distendiéndola gradualmente con saquillos de agua.

Cuando se opera por el segundo método,[1] se dilata ó incinde el cuello del útero, y en seguida se hace una larga incision crucial sobre la parte del tumor que se presente; los bordes de la cápsula se separan con el dedo; y se somete á la enferma á la administracion sistemática y continuada del cornezuelo de centeno, con la esperanza de que el cuerpo del tumor franquee la abertura artificial, y sea espulsado por los esfuerzos de la matriz. El Dr. Grimsdale[2] refiere un caso interesantísimo en que ocurrió la espulsion de esta manera; y el Dr. Meadows, de Lóndres, que ha sostenido con energía la eficacia de este método, ha relatado últimamente otros muy notables. Algunas veces será preferible incindir la cápsula formando así una abertura para dar salida al tumor; pero otras será mas prudente desprender este por todos lados de su punto de insercion, y repetir el procedimiento á medida que descienda la escrecencia.

Ya he dicho que cuando la estrechez del cuello está vencida, y librado el tumor de la cápsula que lo encierra, desaparecen los obstáculos principales para su espulsion. Con la enucleacion se logra artificialmente lo que la naturaleza no pudo efectuar. Antes de recurrir á la enucleacion por cualquiera de los dos métodos indicados, es necesario, en primer lugar, asegurar la completa dilatacion del canal del cuello; y en segundo lugar, adquirir un conocimiento exacto con respecto á las inserciones del tumor. La primera se efectúa por los métodos ya mencionados; y el segundo, á no ser en los casos en que el tumor es casi enteramente intersticial, se puede alcanzar haciendo uso del instrumento representado por la Fig. 148, despues de efectuada la dilatacion.

[1] El Med. Times and Gaz., de agosto de 1857, contiene un resúmen escelente de esta materia, por Mr. J. Hutchinson, que comprende ámbos métodos de enucleacion, el inmediato, y el gradual; y hago particular mencion de esto por cuanto algunos escritores mas recientes parece que consideran dicho procedimiento como enteramente nuevo.

[2] Liverpool Med. and Surg. Journ., Enero, de 1857.

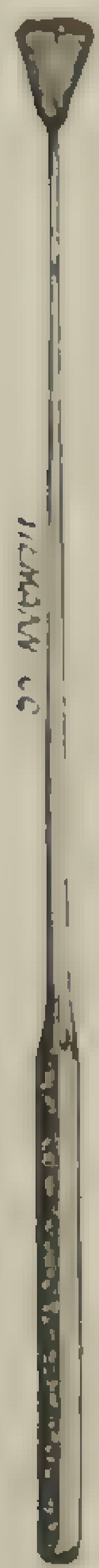


Fig. 148.—Sonda elástica de ballena para descubrir las inserciones de las escrecencias intra-uterinas.

Este instrumento se introduce, pasándolo sucesivamente por las superficies anterior, posterior y laterales del tumor; y en cuanto lo detenga la base ó insercion de la escrecencia, se mide, poniendo un dedo sobre la sonda en el orificio esterno; de esta manera se descubre exactamente el lugar y estension de la base, los que tendrá el cirujano muy presentes al tiempo de operar. Este método será ineficaz cuando el tumor no forme sino una pequeña prominencia en la cavidad uterina; siendo entónces necesario esplorar con el dedo las inserciones de la escrecencia, que será entónces casi intersticial.

Gastrotomía.—Los tumores sub-peritoneales se hallan mucho ménos al alcance del tratamiento quirúrgico que los sub-mucosos, pero sus resultados son al mismo tiempo ménos perjudiciales; aunque algunas veces provocan síntomas tan alarmantes, que exigen su estirpacion; y esta se ha efectuado haciendo una incision al traves de las paredes del abdómen. El procedimiento es, sin duda, formidable; pero merece consideracion, ya que ha sido repetidas veces coronado con el buen éxito, en casos que no eran susceptibles de alivio por ningun otro medio; y cuando el tumor es sub-peritoneal, claro es que su práctica vendrá á ser materia no de preferencia, sino de deber, si la debilidad progresiva de la enferma indica con certeza que no tardará en venir la muerte.

Las probabilidades de buen éxito dependerán mucho del carácter de las conexiones del tumor con el útero y con otras vísceras del abdómen. Desgraciadamente es imposible averiguar con exactitud la estension de aquellas ántes de practicar la seccion abdominal, y la esploracion por medio del tacto, que de suyo es peligrosa, aunque no tanto como pudiera suponerse á primera vista; así que es preciso recurrir á ella en caso de duda. El Dr. John Clay refiere 23 casos en que se adoptó, y de ellos hubo 16 de restablecimiento, 3 en que sobrevino la muerte, y de 4 no se menciona el resultado.

En la actualidad es contraria la opinion de la mayor parte de los profesores á la estirpacion de los fibroides uterinos por la gastrotomía; aunque no mas de lo que era hace veinte años con respecto á la ovariotomía. Es muy probable que á medida que la esperiencia disminuya los peligros que en la actualidad trae consigo el procedimiento, se recurra á él por razones análogas á las que en el dia nos hacen estirpar los tumores ováricos, considerándolo, como esta última operacion, un proceder practicable y conveniente. Este modo de ver, basado en estadísticas recientes, se deja traslucir tambien en las opiniones modificadas de escritores modernos. M. Courty, despues de mencionar los malos

resultados del procedimiento, y la impresion desfavorable que produjeron, añade que "las operaciones recientes tienden á modificar nuestra opinion, como ha sucedido con respecto á la ovariotomía,"[1] aserto en que parece que se columbran los cambios que se efectuarán en el porvenir con respecto á esta materia. Es verdad que hasta ahora los datos estadísticos no presentan el procedimiento bajo una faz favorable; pero el Profesor Storer afirma que, "la mortalidad de las primeras estirpaciones uterinas no escedió de la de muchos grupos aislados de la otra operacion."

Péan,[2] de Paris, refiere 9 casos de tumores fibrosos ó fibro-quísticos, en que practicó la gastrotomía, y cuyos resultados fueron 7 curaciones y 2 muertes. "La amputacion del segmento supra-vaginal de la matriz, dice este autor, no es un proceder de mucho mayor gravedad que la estirpacion de quistes ováricos complicados con adherencias." . . . . Y añade: "La ablacion del útero es una operacion perfectamente justificable, que el cirujano puede, en ciertas circunstancias, practicar con igual propiedad que la ovariotomía." Péan da cuenta de 44 casos en que diferentes autores practicaron la ablacion parcial ó completa del útero por la gastrotomía, dando por resultado 14 curaciones, y 30 muertes, lo que equivale á 31.82 enfermas curadas de cada 100.

Cierto es que no nos aventuramos demasiado al decir que si el fibroide es pedunculado, y no presenta adherencias, su estirpacion no es mucho mas peligrosa que la operacion ordinaria de la ovariotomía; que cuando se encuentra completamente amalgamado con el útero, ó adherido de tal modo á las partes adyacentes que su desprendimiento sea muy difícil, se podrá desistir de la operacion, habiendo aprovechado la enferma su única oportunidad de curacion sin correr gran peligro; y que, aun cuando la estirpacion del tumor implique la del útero y de los ovarios, todavía podrá abrigarse la esperanza de salvar á la enferma, como lo demuestra el siguiente cuadro preparado por el Profesor H. R. Storer:[3]

	Operaciones.	Muertes.
Clay	3	2
Heath	1	1
Burnham	9	7
Kimball	3	2
Parkman	1	1
Peaslee	1	1
Koeberlé	1	0
Baker Brown	1	1
Wells	1	1
Sands	1	1
Buckingham	1	1
Storer	1	0
	24	18

Curaciones 1 de cada 4, ó 25 por 100.

[1] Ob. cit., p. 977. [2] Hystérotomie, por J. Péan, y L. Urdy. Paris, 1873.
[3] "On Removal of the Womb and both Ovaries."

Es de temer que, aunque los datos estadísticos que se acaban de presentar demuestran una gran mortalidad, den lugar á que se vean los resultados de esta operacion como mas favorables de lo que justifique una esperiencia mas dilatada. Desde que se publicó el cuadro que antecede, se ha estirpado varias veces el útero en este país con los siguientes resultados :[1]

	Operaciones.	Muertes.
Storer, de Boston[2]	4	4
Cutter, de Newark[2]	2	2
Wood, de Cincinnati[3]	1	1
Hackenberg, de Hudson[3]	1	1
Atlee, de Filadelfia[3]	2	1
Weber, de Cleveland[3]	1	1
Gaillard Thomas[4]	1	1
	12	11

El cirujano no deberá jamas intentar la estirpacion de un fibroide uterino por la gastrotomía, si no se encuentra resuelto á estirpar el útero con el tumor, si fuere necesario ; pues la conexion entre ámbos es con frecuencia tan íntima, que el mas hábil diagnosticador no puede descubrir las inserciones del tumor ; y ha sucedido muchas veces que aun despues de separada la masa del cuerpo, su relacion con el útero se ha descubierto sólo á favor de un exámen hecho con inteligencia y prolijidad. El Dr. Farre menciona una preparacion de uno de los museos de Lóndres, que se tenía por tumor macizo del ovario, y que él demostró que era un tumor uterino, despues de hacer un exámen atento y de descubrir que lo penetraban las trompas de Falopio. El Profesor Ellis identificó de la misma manera uno de los tumores estirpados por el Dr. Storer ; descubriendo distintamente, mediante un exámen minucioso, la entrada de las trompas uterinas en la cavidad del cuerpo.

La operacion se practica exactamente lo mismo que la de ovariotomía, con la sola diferencia de que el pedículo del tumor es el cuello uterino ó porcion superior de la vagina ; esta parte se punza, y en seguida se pasa una ligadura doble y se atan sus dos estremos. Los accidentes que por lo general han ocasionado la muerte en casos de gastrotomía, son :—

1°. Conmocion ó colapso primitivo ó secundario :
2°. Hemorragia ;
3°. Peritonitis ;
4°. Septicemia.

El primero de estos puede limitarse con los medios que en la actualidad poseemos, segun lo ha indicado ya el Profesor Storer ; los méto-

[1] Dejo esta asercion segun se hizo en 1872.

[2] Comunicacion personal. [3] New York Med. Record, Enero 18, 1868.

[4] Estirpacion del útero y de ámbos ovarios junto con un tumor fibroso de 50 libras. Mayo 19, 1874.

dos perfeccionados de hemostasis que se hallan á nuestro alcance, minoran el peligro del segundo ; y el conocimiento del hecho de que por medio del drenaje quirúrgico, para mantener la cavidad peritoneal desembarazada de sangre y otros flúidos, se disminuyen notablemente las probabilidades de que se desarrollen los accidentes tercero y cuarto, nos ayudará á evitarlas en lo sucesivo.

He tratado de poner á la vista, tales como son, los hechos relativos á la gastrotomía en casos de neoplasmas uterinos ; evitando escrupulosamente toda parcialidad ó preocupacion al manifestarlos. Nadie puede en la actualidad prever el concepto en que dicho procedimiento se llegará á tener en el porvenir ; pero de lo que sí estamos seguros, aun en el dia, es de que aquellos que se abstienen de hacer prueba del único método con que á veces puede salvarse la vida, y se escudan contra la censura que merecen, reprobando y condenando á los que tratan de proporcionar á la enferma toda oportunidad de prolongar la vida, están oponiéndose á la marcha del progreso de la manera mas culpable.

Yo he recurrido en casos de fibroides uterinos á todos los métodos descritos, y no recomiendo ninguno de ellos de un modo puramente teórico. Por cuanto cada caso requiere un tratamiento especial, que debe elegirse cuidadosamente, puesto que de lo atinado de la eleccion depende en gran manera el buen éxito, procuraré presentar al lector algunas reglas que le sirvan de norma para ello :—

1ª. Cuando el tumor forma prominencia en la cavidad uterina, y se puede cogerlo con la cadena del *écraseur* ó el alambre del gálvano-cauterio, se estirpará por uno de estos medios. Si el empleo de estos no es practicable, ó la base de la escrecencia es pequeña y accesible para las tijeras, se hará uso de estas.

2ª. Cuando, á pesar de sobresalir en la cavidad uterina, el tumor es de naturaleza tal que no es posible escindirlo ni rodearlo con un lazo metálico, se debe recurrir á la avulsion.

3ª. Cuando el tumor es en cierto grado intersticial, ó su base es muy estensa, (Fig. 149,) la enucleacion se presenta como recurso muy precioso.

4ª. Si el tumor es sub-seroso, y es evidente que su continuacion ha de matar á la enferma, la gastrotomía es el último recurso.

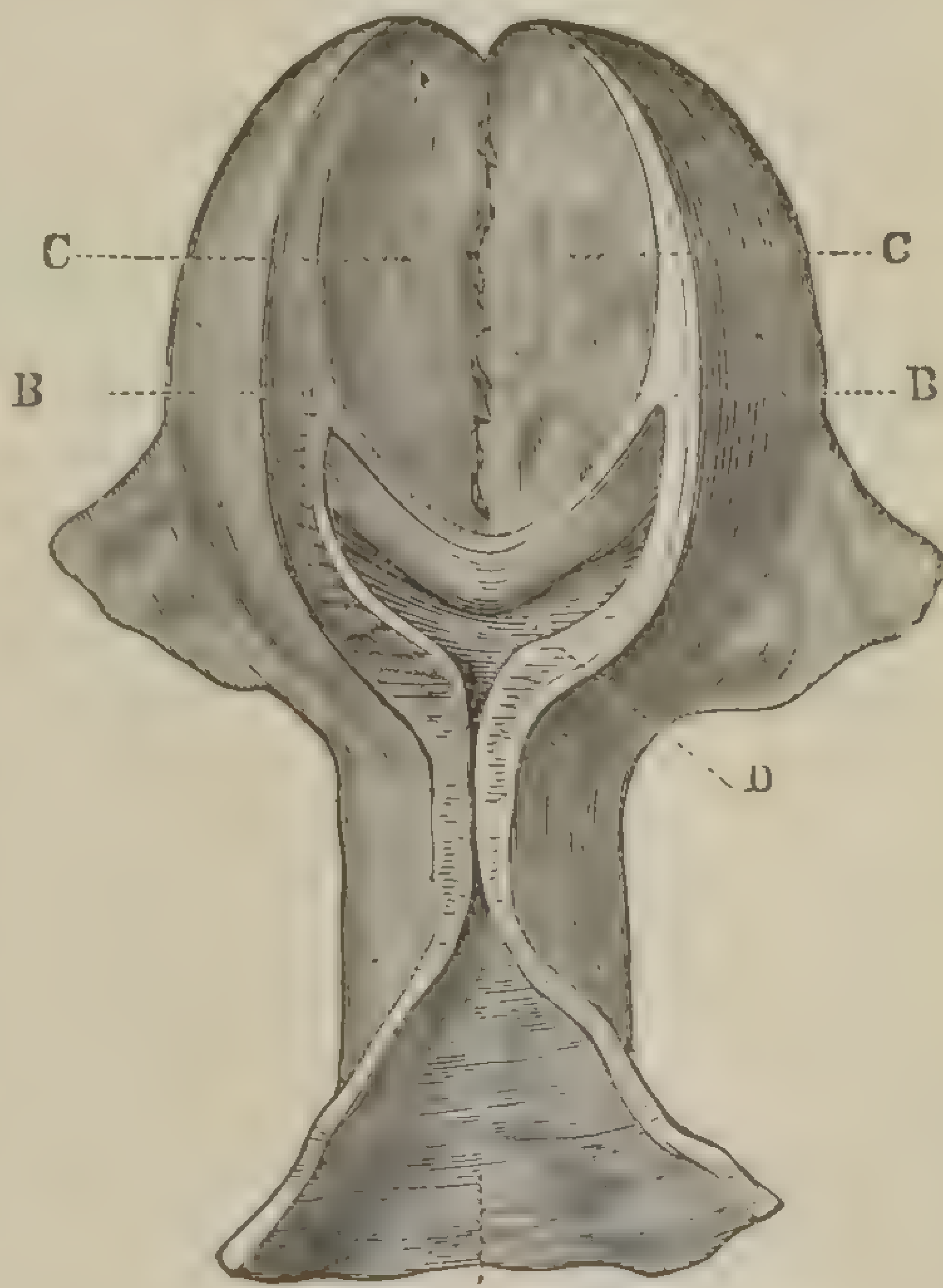


FIG. 149.—Fibroide sub-mucoso.

5ª. En resúmen : no pudiendo fijarse reglas absolutas para determinar la eleccion del procedimiento para los diversos casos de esta afec-

cion, sentemos de un modo general que la escision, el magullamiento ó el gálvano-cauterio son preferibles, cuando pueden practicarse *sin mucha manipulacion dentro de la cavidad uterina.* Si el tumor sobresale marcadamente en la cavidad uterina, y el pedículo no es muy grande, se recurrirá á la avulsion ; pero si el pedículo es grande, ó la escrecencia es en gran parte intersticial, la enucleacion presenta la mayor probabilidad de buen éxito. La enucleacion inmediata deberá preferirse siempre que sea practicable ; pero si se requieren esfuerzos demasiado violentos ó prolongados, se elegirá la enucleacion gradual.

En estas operaciones el buen éxito, mucho mas que de la habilidad en estirpar la escrecencia, depende de la previa dilatacion completa del canal cervical por el operador.

La gastrotomía debe practicarse solamente cuando peligra la vida.

CAPÍTULO XXXII.

CISTO-FIBROMAS, Ó TUMORES FIBRO-QUÍSTICOS DEL ÚTERO.

Definicion, sinónimos, y frecuencia.—Pasemos ahora á tratar de una variedad de tumor uterino compuesto, que diferentes autores han descrito bajo los nombres de cisto-fibroma, cisto-sarcoma, cistoide, y tumor fibro-quístico.

Nuestro conocimiento de estas escrecencias es reciente, y todavía en estremo elemental; y por ser muy escaso en cuanto á dos de sus aspectos principales, á saber, su diagnóstico, y el poder diferenciarlo de otras formas de tumor abdominal, se han padecido errores graves y frecuentes. La materia, sin embargo, es actualmente objeto de mucha atencion; y ya podemos formar conclusiones exactas y seguras respecto de dichos tumores por medios que nos eran desconocidos hasta hace pocos años.

Los quistes suelen desarrollarse en conexion con la matriz de dos modos del todo distintos; primero, el quiste crece y adquiere grandes dimensiones, hallándose envuelto en una capa de tejido uterino; segundo, los tumores duros del útero, ya sean benignos ó ya malignos, sufren una degeneracion quística, es decir, que en la estructura de un tumor duro se desarrollan quistes, que distendiendo los espacios en que se formaron primitivamente, aumentan poco á poco de volúmen y quizas se multiplican, hasta llenarse de flúido ciertas partes de lo que ántes constituía una escrecencia dura. De aquí resultan el cisto-sarcoma, el cisto-fibroma, el cisto-condroma y el cisto-carcinoma.

No hay que suponer que la frecuencia de esta clase de tumores admite comparacion con la del fibroide simple, ó que este se ve á menudo afectado de degeneracion quística. Su presentacion no es muy comun; pero sí lo bastante para que merezca la atencion especial del ginecólogo; y como ha sucedido con otras muchas enfermedades, su observacion especial ha demostrado que ocurre con mucha mas frecuencia de lo que ántes se suponía. Koeberlé[1] dice que hasta el año de

[1] Gazette Hebdom., Núm. 16, 1869.

1869 sólo se habían observado 14 casos, de los cuales 2 se descubrieron despues de la muerte; pero el Dr. C. C. Lee,[1] reunió en el mismo año 19 casos, de los cuales 9 ocurrieron en los Estados Unidos, 8 en Inglaterra, y 2 en Francia; y el Dr. E. R. Peaslee,[2] decía en 1872 que había observado 10 casos en los dos últimos años, y no ménos de 50 desde su primera operacion de ovariotomía en 1850.

Patología.—Los patólogos han descrito diversos modos de formarse dentro de los tumores fibroides, cavidades que se llenan despues de un líquido seroso, sero-sanguinolento, ó coloídeo, á consecuencia del desarrollo en su interior de una membrana secretoria que les sirve de tapiz. Segun Klob[3] "suelen encontrarse en lo interior de algunos tumores fibroídeos cavidades que pueden haberse formado de diversos modos. Son tal vez resultado de una condicion hidrópica; ó bien el tejido conjuntivo del tumor sufre una metamórfosis coloídea, (degeneracion mucosa,) que principia en el centro del tumor, y de resultas de la cual su sustancia se convierte en un flúido sero-albuminoso. Por último, las hemorragias en la sustancia de un tumor pueden conducir á la formacion de cavidades idénticas á las que han recibido el nombre de quistes apopléticos." Billroth,[4] aludiendo á los quistes neoplásticos, dice que "resultan principalmente del reblandecimiento de un tejido anteriormente alterado por una infiltracion de células, ó la sustancia de un tumor duro. Tan pronto como la nueva formacion se divide en bolsa y contenidos líquidos, principia en algunos casos una secrecion por la pared interior de la bolsa; de manera que el quiste reblandecido se trasforma en quiste por secrecion ó exudacion y así crece. Cualquier tejido abundante en células puede convertirse en asiento de un quiste por la metamórfosis mucosa del protoplasma, ó lo que otros han llamado la separacion de la sustancia mucosa por medio de las células, sin relacion alguna con el desarrollo de glándulas mucosas." Este autor pasa en seguida á comparar el modo de formarse las colecciones de líquido en el fibroma y el condroma, con el desarrollo de las articulaciones en los miembros del feto por el reblandecimiento mucoso del tejido cartilaginoso que compone los huesos de los miembros, y añade que "es posible que los quistes serosos ó sero-mucosos, muchas veces en forma de hendidura con paredes lisas, que se observan en el mioma uterino, sean espacios linfáticos dilatados enormemente;" teoría que anunció Cruveilhier por primera vez.

Ya se deja ver que es algo impropio aplicar el término *degeneracion quística* á esta enfermedad, por cuanto las colecciones líquidas que tienen lugar, mas que de un verdadero desarrollo quístico, resultan de liquefaccion. No obstante, continuaré empleando dicho nombre.

La degeneracion quística es mucho ménos frecuente en los fibroides

[1] Diagnosis of Ovarian from Fibro-cystic Tumors.
[2] Ovarian Tumors, p. 107.
[3] Ob. cit.
[4] Ob. cit., p. 621.

sub-mucosos y los intersticiales, que en los sub-serosos. Merece citarse el siguiente caso, referido por el Dr. Sims como ejemplo de esta clase de degeneracion en un fibroide. Descríbelo así : "Introduje un trócar, en la parte mas baja del quiste y en direccion de su eje longitudinal, y se evacuaron unos 600 gramos de una serosidad que tenía algun color. La abertura se estendió á dos pulgadas con objeto de impedir que se cerrase. Desde luego se notó una disminucion apreciable en el volúmen y la tension del abdómen. El flujo duró algun tiempo ; lo que, unido á las inyecciones oportunas, en el fondo mismo del útero, de la solucion de persulfato de hierro en tres ó cuatro partes de agua, contenía prontamente las hemorragias ; y á los dos meses salió de alta la enferma, encontrándose muy restablecida y bastante fuerte para hacer á pié seis ú ocho millas de camino."

Como son pocos los casos de tumores fibro-quísticos referidos en los libros que tratan de la materia, no creo de mas hacer mencion de algunos de ellos. Kiwisch[1] describe uno que ocupaba toda la cavidad pelviana, estendiéndose hasta el cartílago ensiforme. Nacía de la pared posterior del útero ; tenía por base un tumor fibroídeo del tamaño de un cráneo, envuelto en sustancia uterina, y pesaba 46 libras. Cruveilhier[2] menciona un caso idéntico. Spencer Wells[3] describe dos casos, en uno de los cuales el tumor estaba unido al lado derecho del fondo de la matriz por una ancha prolongacion ; su parte sólida pesaba 16 libras ; la líquida 26 ; y una sustancia semi-flúida 4 libras ; el útero era el doble de lo natural. En el otro caso existían dos tumores, ámbos con adherencias uterinas, y formados de elementos flúidos y sólidos. El Dr. James L. Little de esta cuidad operó, hallándome presente, en un caso muy interesante de esta afeccion. El tumor, que presentaba una fluctuacion muy oscura, ocupaba toda la cavidad del abdómen, y consistía en un tejido fibroso dispuesto en forma de red, cuyos espacios variaban desde el tamaño de una manzana hasta el de un coco, y estaban llenos de una sustancia coloídea. Esta escrecencia nacía de la pared posterior cervical del útero, y el tumor que de este pedículo se desarrollaba, llenaba toda la cavidad abdominal, y se creía ovárico ántes de la operacion.

Síntomas.—Los síntomas de los tumores fibro-quísticos no se diferencian de los fibroídeos sub-peritoneales de igual volúmen, y, como estas, causan—

Dislocaciones del útero ;
Presion del recto y de la vejiga ;
Menorragia, en algunos casos.

Signos físicos.—El útero se halla generalmente aumentado de volúmen por el esceso de nutricion resultante de la irritacion formativa,

[1] Citado por Klob, ob. cit., p. 182. [2] Klob, ob. cit., p. 182.
[3] Dis. of Ovaries, p. 354.

producida por la proximidad y conexiones del tumor, y se encuentra elevado, y delante de la escrecencia. Mediante el tacto combinado con la palpacion abdominal se percibe, no una masa dura, maciza y resistente, sino únicamente una fluctuacion oscura ; siendo lo mas comun en estos casos que unos examinadores opinen que el tumor es líquido, y otros que es duro. Al practicarse una puncion con la jeringuilla hipodérmica, se estrae de ciertos lugares una cantidad muy pequeña de flúido, generalmente viscoso y turbio ; miéntras que de otros no sale líquido alguno ; y si se introdujese un trócar, ó una de las agujas grandes del aspirador, podrían estraerse uno ó dos litros de un flúido espeso de color pajizo, quedando por lo general elementos sólidos. En algunos casos raros de quistes uterinos grandes, podría vaciarse enteramente la bolsa sin hallar siquiera estos signos.

Diagnóstico diferencial.—Muchas autoridades competentes han afirmado que es imposible diagnosticar esta forma de tumores, ó diferenciarlos de los quistes ováricos. Koeberlé dice que "hasta ahora casi todos los autores han dado por imposible el diagnóstico de los tumores fibro-quísticos," y Baker Brown confiesa que no tiene conocimiento "de ninguna señal distintiva entre los dos." Spencer Wells manifiesta que aun no sabe que haya nada que, despues de practicada la incision, pueda poner en guardia al operador, á ménos que sea el tinte mas oscuro del saco. Para hacer patente el resultado de semejante dificultad, basta mencionar el hecho de que de los 19 casos de Lee, en 18 se operó en la creencia errada de que los tumores eran quistes ováricos.

Las condiciones con que mas probablemente puede confundirse esta clase de tumores son:

Preñez ;
Tumores fibroídeos del útero ;
Quistes ováricos.

La ausencia de los síntomas gástricos y mamarios que acompañan al embarazo ; el que la menstruacion no sólo continúa, sino que manifiesta quizás tendencia á ponerse mas abundante y mas frecuente ; la falta de movimientos y pulsaciones fetales, y la duracion del tumor por mas de nueve meses, servirán para distinguir los tumores fibro-quísticos de la primera de aquellas condiciones.

De la segunda se distinguen por la fluctuacion oscura que presentan ; por adquirir generalmente mayores dimensiones ; por su desarrollo mas rápido ; y mas que nada por el derrame de líquido que se sigue á la introduccion del trócar esplorador.

El diagnóstico entre estos tumores y los quistes ováricos es muchas veces difícil y no pocas imposible. Las principales circunstancias de que siempre dependerá, y en virtud de las que á veces podrá establecerse, son :

La forma y densidad del tumor;
Su conexion con el útero;
La profundidad del útero;
La rapidez de desarrollo y del efecto en la salud;
Los resultados de la puncion:
La naturaleza del líquido estraido.

Hay otros muchos signos diferenciales, pero en los que anteceden es en los que se puede confiar con seguridad. La agrupacion de un gran número de síntomas, mas bien que auxilia, confunde al diagnosticador inesperto; y yo deseo analizar la materia en este lugar como debe hacerse á la cabecera de la enferma.

El diagnóstico se establece por lo regular del modo siguiente:—

1°. El médico habrá notado al practicar la palpacion que la superficie del tumor que supone ser ovárico es particularmente irregular y resistente al tacto, manifestando una fluctuacion oscura sólo en ciertos lugares. Esto despierta en él sospechas, y lo induce á hacer una investigacion completa ántes de darse por satisfecho del diagnóstico que al principio se indicaba.

2°. En seguida examina el útero, y observa que su profundidad, segun lo indica la sonda, es de 3½ á 4 pulgadas; que el órgano, al hacerlo girar sobre el instrumento, aparece unido al tumor; que este parece unirse á la matriz por detras y nacer de ella; y que se percibe la movilidad del útero cuando un ayudante eleva, deprime ó mueve lateralmente el tumor. Esto viene á robustecer las sospechas del médico.

3°. Interroga luego el facultativo á la enferma con mas minuciosidad, y descubre que tiene mas de treinta años (los tumores fibro-quísticos rara vez se manifiestan ántes de los treinta años), y que el tumor ha crecido lenta, pero progresivamente, durante cuatro ó cinco años, sin notable alteracion de la salud. El médico necesita mas datos sobre la materia, y recurre á la evacuacion del líquido por medio del aspirador ó del trócar.

4°. El flúido evacuado es trasparente y de un color pajizo, y al cesar el derrame, se descubre que la bolsa no se ha replegado mas que parcialmente; lo cual, si se instituye un exámen, se verá que no es por la presencia de otros quistes, sino por la de elementos duros que impiden la replegadura de las paredes del saco.

5°. Examina entónces el líquido evacuado y repara que se coagula espontáneamente, y tambien al calor. El contenido del tubo presenta un coágulo grande parecido al de la sangre, en consistencia, pero no en color; y el microscopio revela la presencia de fibro-células particulares que, segun el Dr. Atlee, caracterizan el flúido de los tumores fibro-quísticos, y no el de los ováricos. Es un producto que proviene del tejido en que se forma el quiste, que es el tejido muscular del útero.

Todos estos medios, ménos el último, podrían conducir solamente á

una conclusion dudosa, pues cualquiera de ellos es falaz muchas veces en casos típicos, y lo es siempre en los quistes grandes que no presentan mas estructura fibrosa que la que constituye sus paredes. El tumor no será tal vez duro ni irregular ; podrá desarrollarse con gran rapidez ; el útero puede no presentar aumento de profundidad, y acaso se mueve independientemente del tumor, el cual podrá vaciarse por la puncion. Por otra parte, no es raro observar casos de verdaderos tumores ováricos en que la profundidad del útero está aumentada ; en que el tumor y el útero se mueven juntamente á un leve impulso ; en que la puncion sólo evacúa parcialmente el saco, dejando existentes masas sólidas ; y en que el desarrollo del tumor es lento, é influye poco en la salud general. El Dr. W. L. Atlee[1] hace con mucha justicia la observacion de que "sea cual fuere la esperiencia del cirujano, de nada le valdrá para establecer el diagnóstico diferencial por los métodos de exámen ordinarios." "Pero, añade este eminente ovariotomista, aludiendo á sus errores pasados de diagnóstico, no hay para qué repetir semejantes errores." Este práctico cree llegada la época en que el diagnóstico pueda establecerse de una manera simple y positiva ; y verdad es que habremos alcanzado un resultado importantísimo si el método de diagnóstico que él presenta resiste la prueba de la esperiencia. El Dr. Atlee, para diagnosticar el orígen de estas bolsas, ya sean uterinas, ováricas, ó de los ligamentos anchos, confía en las propiedades físicas del líquido estraido de ellas. El flúido fibro-quístico es trasparente, de un color de ámbar subido, muy poco denso cuando se acaba de estraer, aunque pronto forma un coágulo duro y macizo, que á las pocas horas se contrae divi-

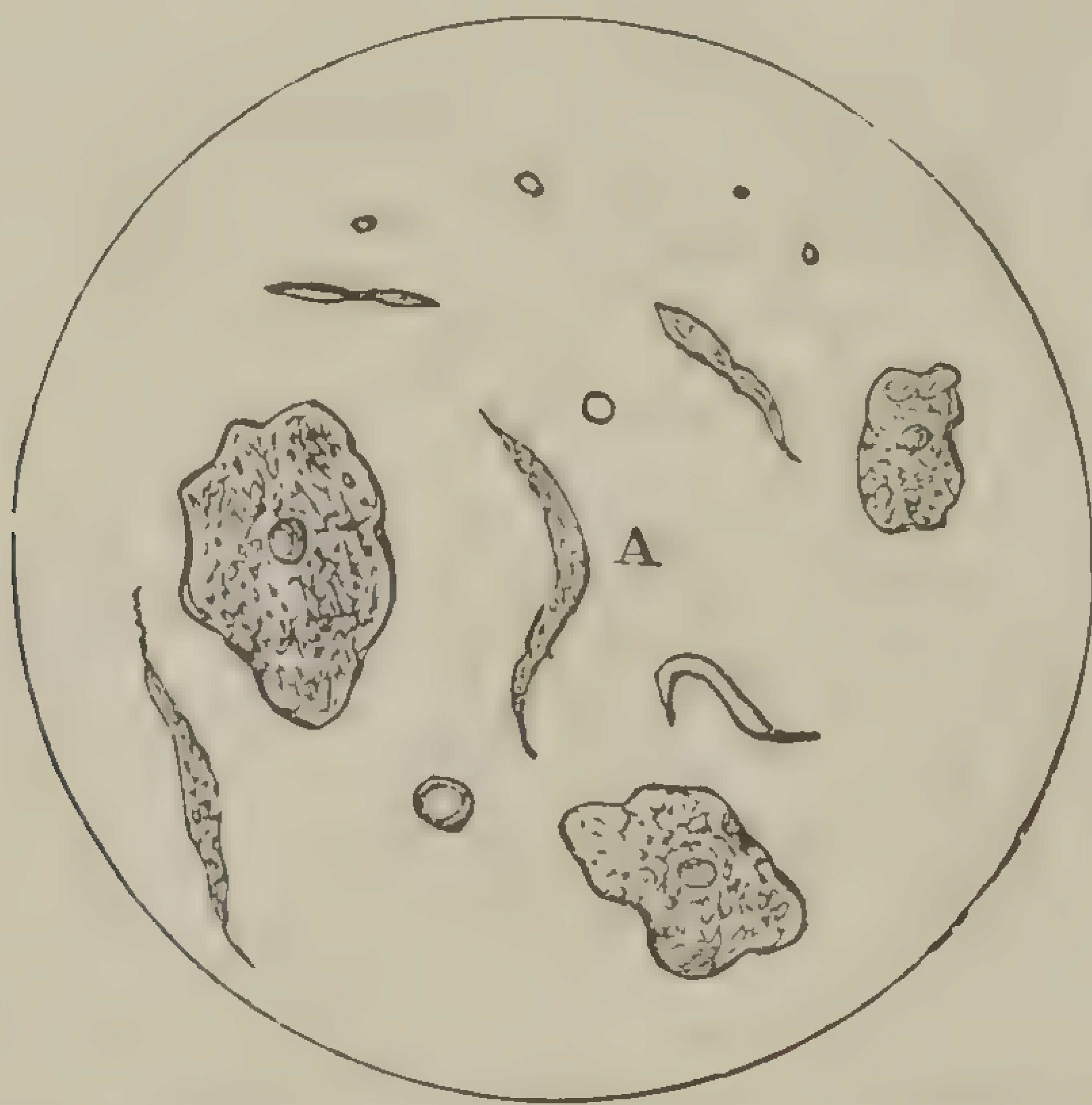


Fig. 150.—Fibro-célula (A) característica de los tumores fibro-quísticos.

diéndose en un cuajaron y una serosidad acuosa. Se coagula al calor, y se asemeja en todo al *liquor sanguinis*. Con el microscopio se descubren en él pocas células. Contiene epitelio, glóbulos grasosos, y una

[1] Ovarian Tumors, p. 263.

fibro-célula representada en la Fig. 150 (A). Esto es característico de la estructura que ha dado orígen al quiste.

Curso, duracion, y terminacion.—La marcha de esta forma de tumor es muy lenta ; y si bien de carácter mas grave, y desarrollo mas rápido que el fibroide simple, crece con mas lentitud que el quiste ovárico. He tenido últimamente á mi observacion dos tumores muy grandes que se suponían ser de esta naturaleza. Uno de ellos existía hacía once años, y, sin embargo, llenaba la mujer todavía sus deberes de enfermera en un hospital ; y si bien es cierto que tenía el abdómen enormemente distendido y andaba con alguna dificultad, no lo es ménos que hasta entónces no se había encontrado del todo imposibilitada. En el otro caso contaba el tumor unos cinco años de existencia, y era bastante grande, cuando la enferma, despues de un ataque que su médico creyó de peritonitis, empezó á mejorar, y su condicion, segun me dicen, es en la actualidad mas favorable que ántes.

Aunque en algunos casos es tal la marcha lenta de la afeccion, en otros agota las fuerzas de la enferma por la irritacion constitucional determinada por la molestia mecánica esperimentada por otros órganos, la menorragia, y la falta de ejercicio y de aireacion.

Pronóstico.—Este es desfavorable. En el estado actual de la terapéutica no es posible el alivio por ningun sistema de medicacion, y la operacion de la gastrotomía promete mucho ménos cuando el tumor es uterino que cuando es ovárico.

Tratamiento.—Con respecto á esta materia es innecesario detenernos á decir mas de lo que ya se ha dicho al tratar de los fibroides uterinos, ó de lo que diremos al hablar de la ovariotomía.

CAPÍTULO XXXIII.

PÓLIPOS ÙTERINOS.

Definicion.—El pólipo uterino es un tumor cubierto por la membrana mucosa del útero, al que se halla unido por un pedículo, y de la hipertrofia ó hiperplasia de algunos de cuyos tejidos proviene. Algunas veces fragmentos de la placenta, restos fibrinosos de coágulos sanguíneos, y porciones de las envolturas del feto, quedan en el útero y toman la forma de verdaderos pólipos, manifestando los síntomas característicos de estos: podrían con razon llamarse pseudo-pólipos. Pero el verdadero pólipo se origina del crecimiento morboso del tejido del órgano de que proviene.

Historia.—Entre los antiguos, que describieron tantos males uterinos de carácter muy oscuro, esta enfermedad, cuyo diagnóstico suele ser tan patente y positivo, llamó muy poco la atencion, y ni Hipócrates, ni Galeno, ni Celso, ni aun Aecio, la mencionan. Moschion la describió en el siglo tercero, dándole el nombre de *pulps*, ó *polypus;* pero lo cierto es que en su época no la trataban ni conocían bien, y no se hizo mencion satisfactoria de ella hasta el restablecimiento de este ramo de la ciencia por la escuela francesa, en el siglo XVII. Entónces fué cuando Guillemeau, y despues Levret, ilustraron mucho la materia, contribuyendo otros varios autores, á fines del siglo último y principios del presente, á sentar los conocimientos que de ella poseemos.

Variedades.—Muy difícil le será al estudiante forma ideas claras con respecto á las variedades de pólipos uterinos, pues casi todos los autores los clasifican diferentemente, y los nombres que se les ha dado en distintas ocasiones son demasiado numerosos para poder repetirlos. Téngase presente que como estos tumores se forman por el desarrollo escesivo de uno de los tejidos del útero, no hay mas que tres elementos de que puedan proceder, y son: el tejido conjuntivo, el muscular, y las glándulas del órgano. Cierto es que algunos han descrito una variedad de pólipo vascular, formado por el desarrollo de vasos sanguíneos, especie de telangiectasis; pero es probable que no sea mas que una variedad de la forma celular ó mucosa. En el estado actual de la patalogía,

ninguna de las clasificaciones de estas escrecencias puede llegar á ser universal, pues todas son en gran parte arbitrarias. En esta obra adoptaré la siguiente:

1ª. Pólipos celulares;
2ª. Pólipos glandulares;
3ª. Pólipos fibrosos.

Estas variedades están sujetas á cambios morbosos que producen otras formas, como por ejemplo, los pólipos grasosos, los calcáreos, y los malignos. Colombat alude á un pólipo grande y hueco que, despues de estirpado, engaña á primera vista al cirujano, haciéndole temer que sea un útero invertido y no un pólipo, lo que ha estirpado; y añade que Richeraud y Jules Cloquet padecieron una vez esta equivocacion, de que no salieron hasta que habiendo muerto la enferma, pudiéron averiguar la verdad en la autopsia. Mme. Boivin representa en la Fig. 19 de su obra un tumor de esta naturaleza, á que da el nombre de pólipo hueco. Dice que varios facultativos lo tomaron por una inversion ántes de estirparlo M. Dubois; y esplica su formacion con la hipótesis de que algun elemento plástico, despues de tapizar lo interior del útero y de separarse en toda su estension, ménos donde se unía con el cuello, había sido invertido mecánicamente por la acumulacion sobre él de la sangre menstrual. El Dr. Henschel presentó hace algunos años á la *Obstetrical Society*, de Nueva York, un pólipo hueco que presentaba tres puntos de union con el cuello. El Dr. Noeggerath fué comisionado para examinarlo y dar cuenta de su orígen, y su esplicacion fué idéntica á la enunciada por Mme. Boivin en el caso que acabamos de mencionar.

Anatomía patológica.—El *pólipo celular* es un tumor, generalmente piriforme, cuyo tamaño varía desde el de una avellana grande hasta el de un huevo de gallina; está cubierto por la membrana mucosa, y su interior consiste en tejido conjuntivo en estado de hipertrofia ó hipergénesis; de ordinario, aunque no siempre, está adherido á una de las paredes del cuello; su estructura contiene cierta cantidad de tejido fibroso cervical, y su pedículo es á veces tan largo y delgado, que la escrecencia cuelga fuera de la vulva.



Fig. 151.—Pólipo celular unido á la parte interior del cuello uterino.

El pólipo *glanduloso* consiste en una hipertrofia de los huevos de Naboth, ó de los folículos utriculares, segun el Dr. Farre. Varios folículos se hipertrofian, y hallándose unidos por tejido conjuntivo, llegan á formar un tumor pediculado. Este suele nacer del cuello ó del cuerpo, pero procede muy generalmente del primero, y es por lo comun gregal, cubriendo con frecuencia las paredes de la cavidad del cuello

un gran número de ellos de tamaño muy pequeño. La Fig. 152 representa el ejemplo mas notable de esta variedad que yo he observado. La escrecencia tenía en su totalidad $4\frac{1}{2}$ pulgadas de largo, y su diámetro mayor era de $2\frac{7}{8}$ pulgadas; llenaba completamente la vagina; nacía de la pared interior y labio interno del cuello; no presentaba mas síntomas que leucorrea y neuralgia pelviana; y no se sospechó su existencia hasta que la dificultad al consumar la cópula obligó á la enferma á presentarse para ser examinada. El Dr. F. Delafield examinó la escrecencia despues de estirpada, y descubrió que consistía en folículos cervicales hipertrofiados, (las masas que parecen uvas en el dibujo, que fué hecho con el tumor á la vista por el Dr. J. B. Hunter,) unidos por tejido conjuntivo. Estirpé la escrecencia fácilmente con el *écraseur*.

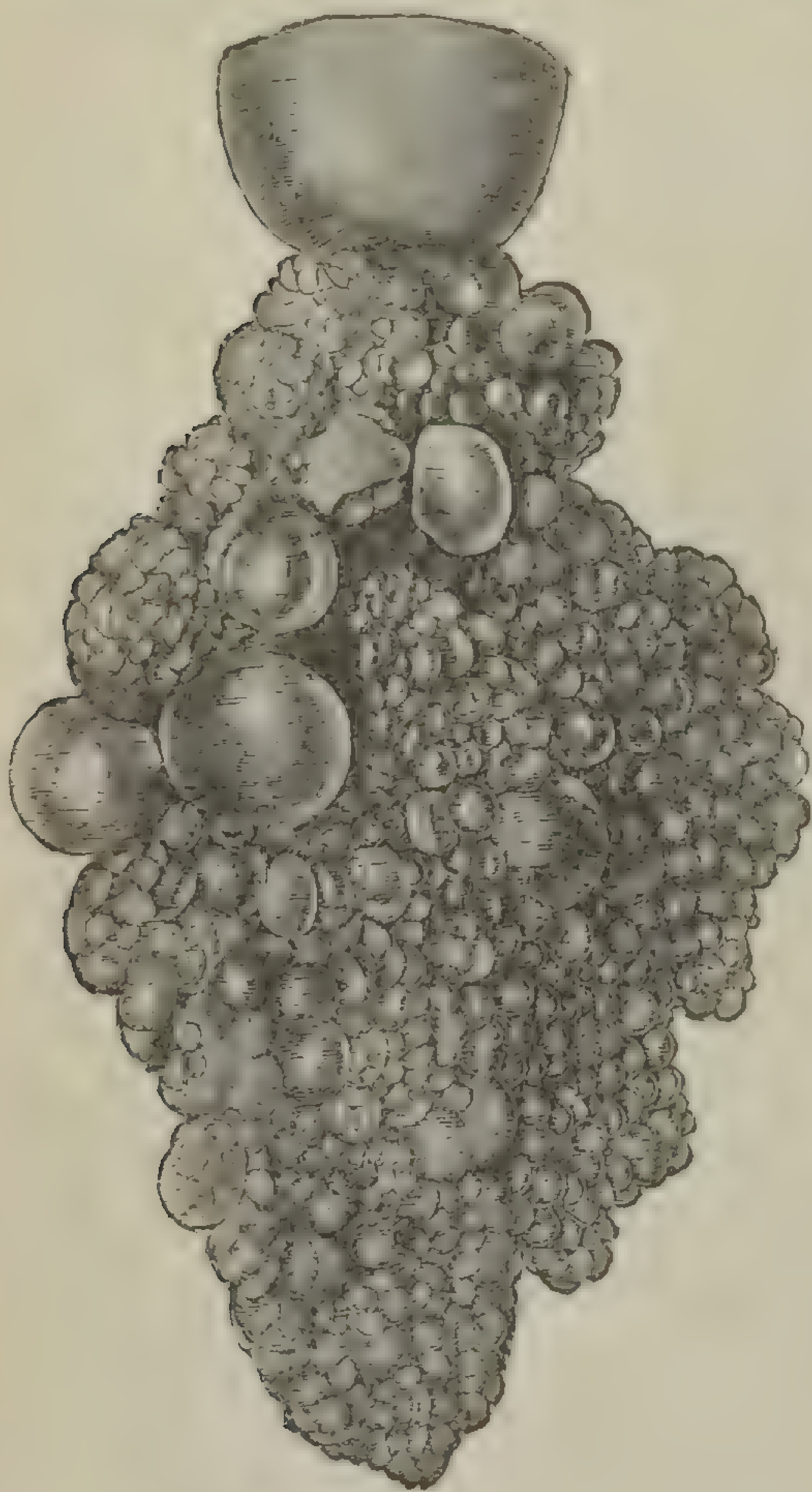


Fig. 152.—Pólipo glanduloso.

El pólipo fibroso es un fibroide sub-mucoso muy parecido al sub-seroso y al intersticial. El tumor, espulsado lentamente del parénquima uterino por las contracciones de este, adquiere poco á poco un pedículo y toma la forma del pólipo que venimos estudiando. Los pólipos fibrosos nacen por lo comun del cuerpo del útero; pero tambien suelen hallarse adheridos al borde del orificio externo.

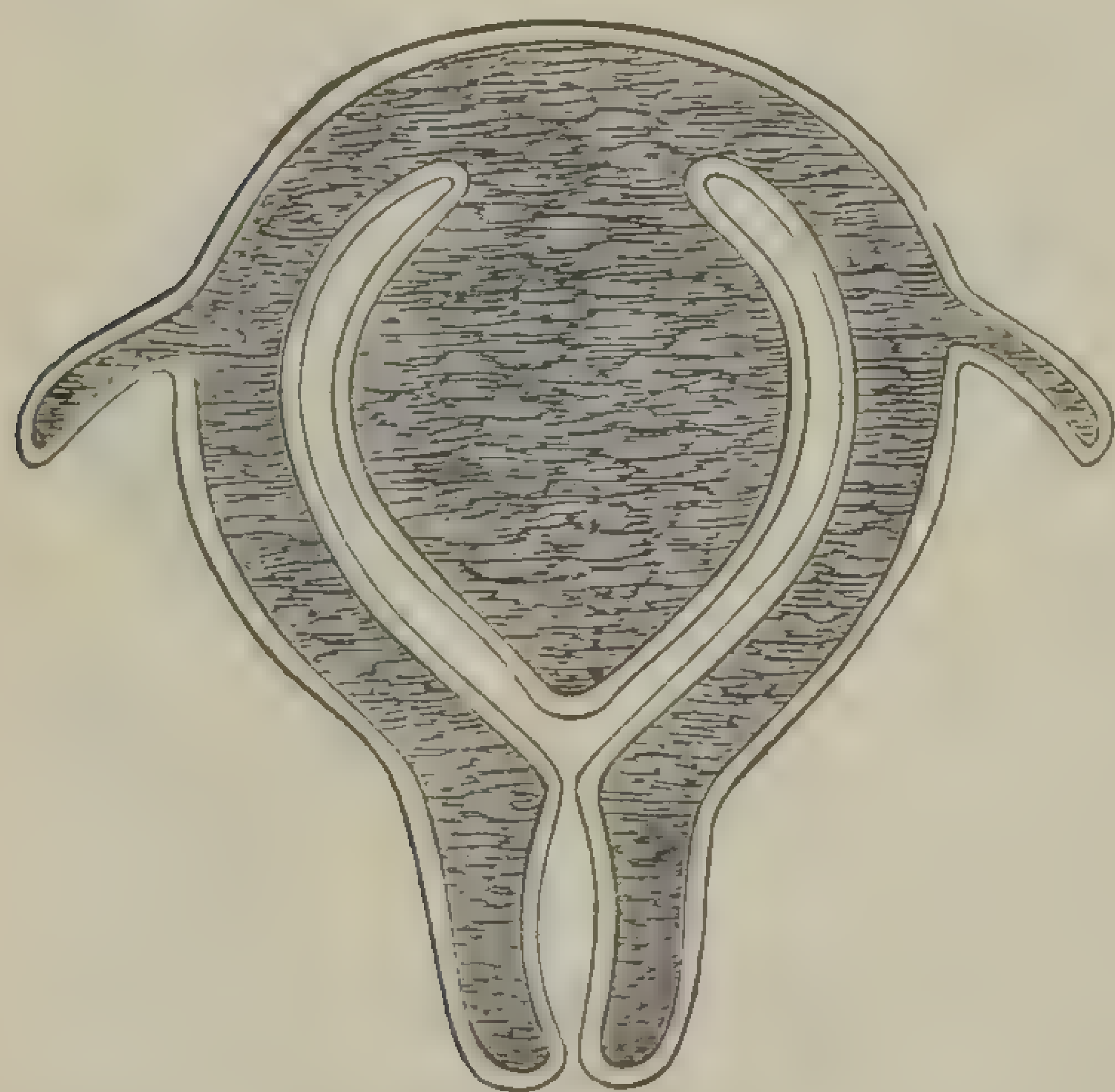


Fig. 153.—Trasformacion gradual de un fibroide sub-mucoso en pólipo fibroso.

Causas.—Todo trabajo inflamatorio crónico, todo obstáculo á la salida de la sangre menstrual que cause tenesmo uterino, y toda influencia que tienda á mantener un estado de congestion del útero, predispone á la hipergénesis de los elementos de la membrana mucosa. Pero, como sucede con respecto á los fibroides, no conocemos ninguna causa positiva del pólipo fibroso.

Síntomas.—Los pólipos producen dos clases de síntomas, una de ellas dependiente de la congestion que su presencia determina; y la otra, de la obstruccion mecánica que oponen á la salida de la sangre menstrual; dando lugar ámbas á los signos siguientes:

Leucorrea;
Dolor en la espalda y en los lomos;
Menorragia;
Metrorragia;
Hidrorrea;
Dismenorrea.

El último no es signo frecuente; pero suele manifestarse de una manera acentuada, como sucedió en el caso siguiente, observado ántes que comprendiésemos como en la actualidad el uso de los dilatadores mecánicos. Una señora vino de un punto distante, con objeto de que la curase el Dr. Metcalfe de una dismenorrea, caracterizada por tenesmo intenso y espulsion de coágulos; síntomas que habían durado años y producido enflaquecimiento, y notable irritabilidad y escitacion nerviosa. Despues de algun tiempo se puso bajo mi cuidado y permaneció así cerca de un año; al cabo del cual se retiró sin que yo hubiera podido aliviarla. Durante su menstruacion siguiente acudió al médico del lugar en que residía, el cual, mediante el tacto, descubrió en la vagina un pólipo pequeño que colgaba de un pedículo adherido al útero, y lo arrancó torciéndolo, con lo cual proporcionó alivio cabal y permanente á la enferma. La escrecencia había sido espulsada por fin, despues de descansar sobre el orificio interno años enteros, haciendo las veces de válvula de globo. El útero había sido examinado ántes repetidas veces, sin que pudiera descubrirse nada.

Signos físicos.—Estos dependen en alto grado del volúmen y localidad de la escrecencia. Ni el tacto ni el spéculum revelan signo alguno, ni se logra prueba alguna de su presencia con la sonda uterina, si el pólipo es pequeño y tiene asiento en la cavidad del cuerpo. La cavidad se encuentra muy congestionada y, muchas veces, á la estraccion del instrumento se sigue un flujo copioso de sangre. Si el tumor es grande, se halla con frecuencia el útero en una posicion anormal, y aumentado de volúmen, y el cuello algo dilatado; y si el pedículo de la escrecencia es cervical, se percibe muchas veces que cuelga del canal, ó en el orificio esterno. Pero en casos de pólipos uterinos, no debe darse por completo ningun exámen hasta haberse dilatado enteramente el cuello á beneficio de los dilatadores, y practicado una esploracion atenta por el tacto. Y aun así, cuando las escrecencias son muy pequeñas, será necesario repetir varias veces el exámen para poder descubrirlas.

Diagnóstico diferencial.—Descubierta la existencia de una escrecencia intra-uterina, es necesario determinar si es un pólipo ó un tumor fibroso; y como son muy semejantes los síntomas á que dan lugar ám-

bas afecciones, la distincion no puede establecerse sino por medios físicos, que consisten en el empleo de los dilatadores, de la sonda y del tacto; por los cuales se puede generalmente determinar la movilidad del tumor, su punto de insercion y la estension de su pedículo.

Curso y terminacion.—La naturaleza suele efectuar la curacion de un pólipo uterino, espulsando la masa con tal fuerza, que se rompa el pedículo, quedando así separada aquella de la matriz; y tambien suele ocurrir la calcificacion, la degeneracion grasosa ó la ulceracion de la escrecencia, y su separacion por la gangrena. Pero no se debe depositar la menor confianza en semejantes acontecimientos, y, sin la intervencion quirúrgica, en los mas casos una anemia progresiva y pertinaz acabará por destruir la vida.

Pronóstico.—Este es por lo general feliz, dependiendo, por supuesto, de la posibilidad de estirpar la escrecencia.

Complicaciones.—Cuando el pólipo es tan pequeño que no aumenta notablemente el peso del útero, sólo da lugar á dos complicaciones: la leucorrea y la metrorragia, que pueden continuar hasta producir una anemia mortal. Pero si el tumor es bastante grande para aumentar el volúmen y el peso del útero, pueden manifestarse dislocaciones, acompañadas de irritacion del recto y de la vejiga; y hasta la inversion de la matriz se ha seguido en algunos casos.

Tratamiento.—Este se divide en paliativo y curativo; y es esencial que el práctico posea un conocimiento íntimo de ámbos. Muchas enfermas que padecían pólipos situados en lo interior de la cavidad uterina, han perecido víctimas de esfuerzos violentos para estirparlos; siendo así que si se hubiese perseverado en un tratamiento paliativo sistemático, podrían no solamente haber vivido muchos años, sino haber visto terminar la enfermedad por la espulsion del tumor á la vagina, donde hubiera sido practicable la estirpacion sin peligro. Pocos facultativos hay, de larga esperiencia, que no recuerden ejemplos semejantes, ya en su práctica, ó ya en la de otros, de los resultados funestos á que da lugar un tratamiento imprudente. Es innegable el aserto de Gooch, de que "cuando las hemorragias del útero provienen de un pólipo, son inútiles los medicamentos, y la estirpacion del pólipo es el único medio eficaz de curarlas;" pero no es ménos cierto que afirmaciones de esa naturaleza, tanto con respecto á esta, como á otras enfermedades, han dado lugar al sacrificio de algunas vidas. Cuando el facultativo jóven lee la brillante narracion de la cura de un caso de metrorragia por la dilatacion del cuello uterino, la introduccion de un instrumento hasta el fondo de la matriz, y la estirpacion de un tumor, se considera casi culpable, si, teniendo á su cuidado un caso semejante, no adopta un proceder idéntico; y muchas veces la vista del rostro pálido de su enferma, que dia tras dia demanda alivio, lo precipita á adoptar la resolucion de lograrlo á todo trance. Pero el que tenga esperiencia de semejante práctica, bien sabe que en realidad trae consigo muchos peligros;

y que los casos felices llegan á publicarse con una facilidad de que no participan los funestos.

Deseo que se entienda claramente que estoy léjos de menospreciar la práctica de dilatar el cuello y de estirpar los pólipos intra-uterinos introduciendo instrumentos hasta el fondo. Mi objeto es simplemente, manifestar que es un proceder necesariamente peligroso; que sólo debe adoptarse despues de haberlo considerado cuidadosamente; y que para practicarlo cual corresponde, es indispensable poseer destreza y esperiencia.

Siempre que sea practicable, se diferirá toda maniobra hasta que se verifique la espulsion del tumor á la vagina; pero desgraciadamente, es necesario muchas veces operar ántes que esto se efectúe, y entónces, no queda mas alternativa al cirujano que proceder á la estirpacion de la escrecencia, aun con perjuicio y peligro de la enferma. Si el orificio interno se halla completamente dilatado, la dilatacion del esterno no será difícil; y para poner la escrecencia al alcance del tenáculo que ha de traerla hácia afuera, bastará generalmente incindir ó dilatar el cuello. Pero cuando es necesario dilatar ámbos orificios, el procedimiento es peligroso; pues no sólo nos vemos obligados á correr el riesgo que acompaña al uso de los dilatadores y el que de ellos resulta, sino que lo hacemos en un estado patológico particularmente susceptible de complicarse con la endometritis y la pelvi-peritonitis. He visto varias muertes causadas por estos esfuerzos, y nunca los pongo en práctica sin esperimentar cierto grado de ansiedad.

Tratamiento paliativo.—Habiendo dicho, con referencia al tratamiento de los fibroides sub-mucosos, mucho que tendría que repetir aquí si entrase á considerar detalladamente este asunto, me limitaré á una breve recapitulacion.

1º. Si el útero estuviere dislocado, redúzcase, y manténgase en su posicion por medio de un pesario adecuado; y al mismo tiempo líbrese de toda compresion el fondo, suprimiendo los vestidos apretados, escusando todo esfuerzo muscular violento, y usando un suspensor de faldas, y una cintura abdominal.

2º. Manténgase á la enferma en cama durante las épocas menstruales, cuidando de que tome bebidas frias y aciduladas y se abstenga de las calientes; y adminístresele cáñamo indiano, opio, ácido agállico, cornezuelo de centeno, ó agua de Rabel. Cuando la catamenia haya durado cuatro ó cinco dias, introdúzcase un tapon saturado en una disolucion de alumbre ó de tanino, el cual se estraerá inmediatamente si se observa algun indicio de regurgitacion por las trompas.

3º. Manténgase el vientre corriente, evitando siempre el cansancio y el ejercicio inmoderado.

4º. Corríjase la alteracion de la sangre con alimentos nutritivos, y la del sistema nervioso con tónicos amargos y nervinos; absteniéndose del uso del hierro, que aumenta la tendencia á la hemorragia.

5°. Adminístrese con larga mano el cornezuelo de centeno durante los períodos intercalares, á fin de ayudar á la espulsion de la escrecencia.

Tratamiento curativo.—Tres son los puntos en que puede encontrarse el pólipo: encima del orificio interno, hallándose este contraido: encima del esterno, tambien contraido; y en la vagina. En el tratamiento de estos casos, la primera posicion de la escrecencia es la que presenta mayores dificultades; la segunda, las ofrece mucho menores: y la tercera, con los métodos que en la actualidad poseemos, casi puede decirse que no presenta ninguna.

Si se observa que el peso del pólipo, que tambien obra á manera de cuña, y las contracciones del útero, han dilatado el canal del cuello, se puede incindir lateralmente las paredes de este hasta cerca de su punto de union con la vagina, y arrastrar el tumor fuera del útero con una crina ó unas pinzas. O bien puede vencerse la resistencia del orificio á favor de los dilatadores ordinarios, lo suficiente para que dé paso al mas pequeño de los dilatadores de Molesworth, con auxilio del cual podrá completarse la dilatacion. Efectuado esto, si puede agarrarse el tumor, se estraerá por traccion; ó bien se administrará cornezuelo de centeno á dósis suficientes para determinar su espulsion. Si fuere necesario buscar el pedículo en el fondo ó en su inmediacion, se podrá dividirlo por los mismos medios empleados cuando la escrecencia cuelga en la vagina, á saber:—

Escision;
Torsion y traccion;
Magullamiento;
Alambre del gálvano-cauterio.

El pedículo se puede escindir con el cuchillo ó con unas tijeras, si se halla accesible á dichos instrumentos; ó empleando el polipótomo que representa la Fig. 154, si se encuentra mas elevado en el útero. Cuando las escrecencias son tan pequeñas que no es posible agarrarlas, se



Fig. 154.—Polipótomo de Simpson.

separan de sus inserciones raspándolas con una cuchareta larga de acero; y si son pequeñas y presentan pedículos delgados, se aferran con unas pinzas y se separan torciéndolas. Si fueren tan pequeñas y resbaladizas que frustren esta maniobra, ó si son muy numerosas, ó se reproducen muy poco despues de estirpadas, se dilatará un tanto el cuello, y limpiándolo bien de toda mucosidad y sangre, se barnizará en toda su estension con ácido azóico concentrado, segun lo prescrito por el Dr. Lombe Athill para las enfermedades de la mucosa.

La ligadura, tan célebre hasta hace poco tiempo, se emplea rara vez en la actualidad, á causa del inconveniente y el peligro que presentan la lentitud con que obra y el flujo fétido que ocasiona. La mas rápida y segura de todas las operaciones es el magullamiento; aunque á veces es en estremo difícil rodear el tumor con la cadena del instrumento. Para efectuar esto, suele hacerse preciso poner en posicion conveniente la cadena, atándola al estremo de un cordon, con que se cerca primero el tumor, por medio de la cánula de Gooch, segun se ha esplicado en el capítulo sobre los fibroides. En tales circunstancias el *écraseur* de hilo metálico de Hicks (Fig. 155) es un escelente sustituto; y tambien suelen ser útiles con igual objeto, el polipótomo de Simpson y el políptrito de Aveling.

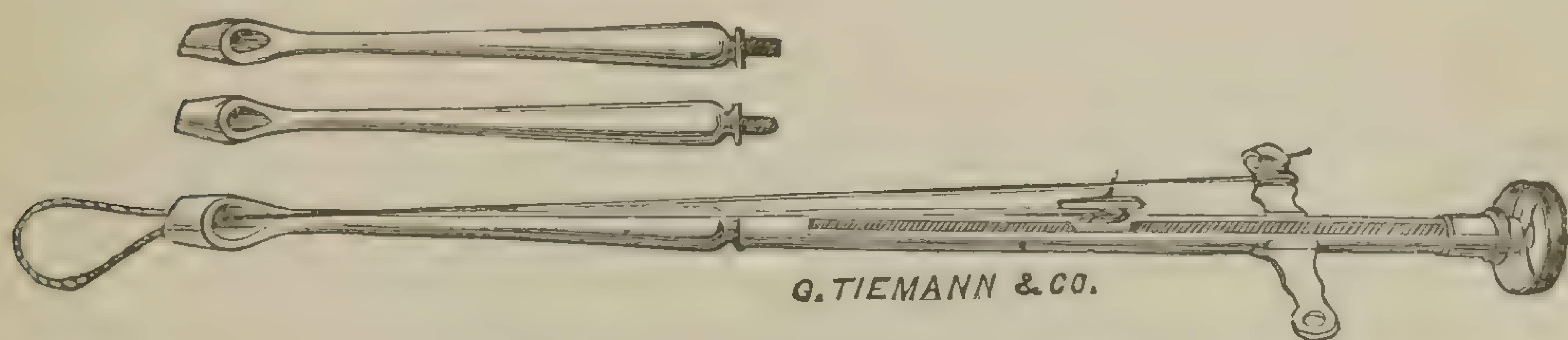


Fig. 155.—*Écraseur* de hilo metálico, de Hicks.

Cuando el pólipo es duro y fibroso y ocupa de tal modo el útero que es imposible alcanzar el tallo, se cortarán por fragmentos partes accesibles con el fórceps de Nélaton, construido para este objeto, ó bien con unas tijeras corvas ordinarias. El Dr. Gooch anunció hace mucho tiempo que cuando se rodea una de estas escrecencias con una ligadura, muchas veces muere la parte que está encima de la línea de constriccion igualmente que la que se halla debajo. Este es el resultado que esperamos lograr al emplear dicho medio ; y, sin embargo, á mí me ha sucedido cortar al traves del centro de un pólipo fibroso, y la parte restante continuaba floreciendo como ántes de la operacion.

Siempre que el pedículo de un pólipo fibroso se presente de modo que se pueda cercarlo con el alambre del gálvano-cauterio, se empleará este instrumento ; pues no sólo corta al traves de los tejidos mas duros sin que para ello sea necesario el menor esfuerzo, sino que calentado al blanco por la corriente eléctrica que por él pasa, cauteriza los vasos abiertos, contiene la hemorragia, é impide la septicemia.

Si un pólipo fibroso grande hubiere franqueado entera ó parcialmente la cavidad uterina, se aferrará con el fórceps obstétrico, y se estraerá como si fuese la cabeza de una criatura; y si el periné presenta obstáculo á su salida, habrá que dividirlo con un bisturí, y que coserlo despues de la operacion. Cuando no puede estraerse el tumor de esta manera, se recortan sus partes mas bajas con unas tijeras, y se cauteriza la base con un cauterio actual, si da demasiada sangre ; ó bien se separa por fragmentos mediante la cauterizacion galvánica.

Para concluir, resumiremos los métodos de tratamiento que van recomendados en este capítulo.

1°. Cuando existe un pólipo en el útero, y el canal del cuello se encuentra fuertemente cerrado, hay que abstenerse de toda tentativa inmediata de estirpacion, á ménos que la gravedad de los síntomas la indiquen; y se irá ganando tiempo con el empleo de medios paliativos, hasta que se verifique la dilatacion del cuello, ó quizás la espulsion de la escrecencia á la vagina.

2°. Para facilitar la espulsion, se emplearán los dilatadores, ó se incindirán lateralmente las paredes del cuello; y se administrará el cornezuelo de centeno, ya sub-cutánea, ya interiormente.

3°. Cuando el orificio interno está completamente dilatado, se estirpa sin demora el pólipo; pues la operacion es poco peligrosa, aun en caso de ser necesario incindir el cuello.

4°. Cuando el cuello está dilatado y el tumor es intra-uterino, se le agarrará por la estremidad inferior con unas pinzas, y se procurará estirparlo cautelosa pero rápidamente, por torsion y traccion. Las maniobras prolongadas en el útero son siempre muy peligrosas.

5°. Si no se pudiere estirpar de este modo, se cortará el pedículo con el *écraseur* de Hicks, ó con unas tijeras muy encorvadas, que se deslizan á lo largo del tumor, del cual se tirará constantemente.

CAPÍTULO XXXIV.

SARCOMA DEL ÚTERO.

Historia.—Diseminadas en las páginas de las obras de medicina se encuentran descripciones de un tumor que proviene de la cavidad uterina, y que parece ocupar una posicion media entre el mio-fibroma y el cáncer. Estos tumores, si bien presentan muchos de los caractéres físicos ordinarios de las escrecencias fibroídeas benignas en sus períodos primitivos, manifiestan notable tendencia á reproducirse despues de su ablacion ; y muchas veces se descubre su carácter verdadero por la persistencia con que reaparecen aun despues de ser completa y repetidamente estirpados. Otro rasgo peculiar y grave que los distingue de los fibroides benignos, es la tendencia que tienen al desarrollo de escrecencias fungosas, que á su vez demuestran una predisposicion notable á sufrir una muerte molecular, desapareciendo por su ulceracion, proceso que agota las fuerzas vitales de la enferma, con la repeticion de hemorragias prolongadas, y la abertura de las bocas de los vasos absorbentes que dan entrada á elementos sépticos en la sangre.

Callender,[1] Hutchinson,[2] Oldham,[3] y West,[4] hicieron en Inglaterra descripciones interesantes de los caractéres clínicos de estas escrecencias, y á ellas remitimos al lector. La tendencia notable de estos tumores á reproducirse despues de su ablacion, y la ausencia de señales micrográficas de cáncer en desarrollos patológicos que manifestaban muchos rasgos malignos, son dos hechos que por supuesto, no podían ménos de llamar la atencion de los patólogos. Paget divide estas escrecencias en tres categorías : tumores fibrosos malignos ; fibroides recurrentes, y tumores mieloídeos (*myeloid*) ; Lebert los describe bajo el nombre de tumores fibro-plásticos ; Rokitansky, bajo el de cáncer fasciculado ; y no fué sino en la época de Virchow cuando fueron descritos bajo la designacion antigua y ántes vagamente usada de *sarcoma*. Este último patólogo describió claramente la enfermedad, haciendo de

1 Pathological Transactions, t. ix.
2 Pathological Transactions, t. viii.
3 Wilks, Pathol. Anat., p. 404.
4 Ob. cit., art. Recurrent Fibroid.

ella una clase distinta, aparte de desarrollos algo parecidos en cuanto á los caractéres clínicos, pero de los cuales unos eran enteramente benignos y otros verdaderamente cancerosos.

Definicion, frecuencia, y sinónimos.—"Para mí, dice Virchow, el sarcoma es una produccion que se esplica con facilidad. Es una escrecencia cuyo tejido, siguiendo el grupo general, pertenece á la serie de tejido conjuntivo, y que puede distinguirse de las variedades acentuadas de los grupos de tejido conjuntivo, sólo por el desarrollo predominante de elementos celulares."[1] Afirma además que poseen los caractéres de un desarrollo incompleto, rudimentario, ó embriogénico, y no los de un tejido perfecto ; peculiaridad que, existiendo en el tumor primitivo, se hace mas notable á medida que este se reproduce despues de ablaciones sucesivas.

Si yo tomara por guia mi esperiencia propia, diría que el sarcoma del útero no es muy raro; pues es indudable que muchos casos considerados como de cáncer, y no pocos que se suponían de tumores fibroídeos funestos, ó de pólipos, eran de esta afeccion; pero Virchow[2] espresa un parecer contrario. "El desarrollo, del sarcoma, dice, sobre el tapiz mucoso del útero, es materia á que se alude con frecuencia ; y Lebert, aun en su primera obra, describe un pólipo fibro-plástico. Con todo, el sarcoma, segun mis propias observaciones, se ve muy rara vez en dicho punto ; y la mayor parte de los tumores descritos como tales, son simplemente de carácter hiperplástico. El verdadero sarcoma, sin embargo, sí nace en la mucosa del útero en una forma medular difícil de determinar, muy blando á menudo, y con células redondas, presentando á veces todos los caractéres del mio-sarcoma ; el tejido suele volverse mas compacto en ciertos puntos, formar masas mas grandes, y adquirir un grado de firmeza tal, que he visto á los mejores observadores equivocarse acerca de la naturaleza de la afeccion, tomándola por un fibroide." Yo había confundido casos de esta especie con el cáncer medular, ántes de los tres últimos años, en que esta materia me llamó particularmente la atencion. Desde entónces he observado cuatro casos que pruebas clínicas y microscópicas me obligan á considerar como de desarrollos sarcomatosos ; y no puede decirse, como indica Virchow, que se confundiera ninguno de ellos con simples escrecencias hiperplásticas, puesto que todos terminaron en la muerte.

Patología.—Los patólogos han confundido por lo regular el sarcoma del útero con el cáncer, á causa probablemente de que el primero, despues que empieza á ulcerarse, se asemeja al último en muchos de sus caractéres clínicos; de que ámbos manifiestan una tendencia marcada á reproducirse ; y de que se unen á veces ámbas formas en un mismo tumor; pero ciertamente ha llegado el tiempo de separarlos clínica y patológicamente.

[1] Pathologie des Tumeurs, par R. Virchow, traduit par P. Aronsohn, t. ii., p. 173.
[2] Ob. cit., t. ii., p. 344.

El sarcoma uterino, como enfermedad distinta del cáncer, ha sido últimamente objeto de un estudio escrupuloso en Alemania, donde Ahlfield, Hegar, Winckel, Gusserow, Spiegelberg, y otros, han publicado escelentes descripciones de casos de dicha afeccion.

Los tumores sarcomatosos no tienen cápsulas como el mio-fibroma; pero sí presentan una conexion íntima con el tejido conjuntivo uterino. Virchow dice que "los sarcomas, como todo tejido morboso, pueden dividirse en dos grupos, segun su densidad: á saber, sarcomas duros y sarcomas blandos." La enfermedad, que consiste simplemente en la multiplicacion de células normales de la misma naturaleza que el tejido en que se desarrolla, y que no está sujeta á otra afeccion que la hipertrofia, se encuentra caracterizada por una de las células típicas del grupo de tejido conjuntivo; así es que tenemos sarcomas de células fusiformes, de células redondas y de células estrelladas; siendo los primeros los mas raros, y los segundos los mas comunes en la matriz. Las células adquieren á veces un volúmen tan grande, que se ha dado al tumor el nombre de escrecencia de *células gigantescas.* Virchow dice que "no sólo los sarcomas que abundan en células, sino todos ellos, pueden dividirse en dos grupos: uno de células pequeñas, y otro de células grandes." Estas células son simplemente reproducciones exageradas de las del tejido en que se ha formado el sarcoma y "presentan propiedades idénticas á las de las células del parénquima, no á las superficiales, (epitelio, cáncer)," que son heteroplásticas al tejido generativo. La sustancia intercelular se conserva siempre intacta entre estas células, miéntras que en el cáncer observamos células de tipo epitelial íntimamente comprimidas en alvéolos compuestos de trabéculas producidas por el tejido conjuntivo.

El sarcoma, comunmente primitivo, se ingerta á veces en el miofibroma de un modo que se llama metaplasia; y un verdadero tumor sarcomatoso puede ser afectado por el cáncer. El sarcoma, compuesto en gran parte de tejido conjuntivo, es denso como el mio-fibroma; y Hegar[1] admite una forma intermedia, ó fibro-mio-sarcoma.

Estas escrecencias presentan un número tan grande de vasos, que Virchow mira esto como un rasgo característico de ellas; y á dicha vascularidad deben su tendencia al derrame de un flujo acuoso, á sangrar fácilmente y á absorber elementos sépticos.

Causas.—He aquí un punto sobre el cual poco se puede asegurar, especialmente en lo que toca al sarcoma uterino. Virchow, al tratar del sarcoma en general, indica como causas el traumatismo, la juventud y la vejez, la debilidad primitiva de la parte afectada, las inflamaciones, etc.; pero yo no sé que el sarcoma uterino haya sido alguna vez resultado de dichas influencias.

Síntomas.—Los síntomas pueden presentarse como sigue:—

[1] Archiv für Gynäkologie, ii., 1, 1871.

Dolor;
Menorragia, ó metrorragia;
Flujo mucoso fétido;
Flujo acuoso de un tinte rosado;
Espulsion de pequeños fragmentos del tumor;
Compresion del recto y de la vejiga;
Tenesmo uterino;
Alteracion constitutional.

Gusserow afirma que el dolor empieza á manifestarse temprano y es constante; pero Hegar asegura lo contrario; y mi esperiencia me induce á corroborar la opinion de este, aunque en algunos casos he observado dolor muy intenso.

Signos físicos.—Estos dependen, hasta cierto punto, de las peculiaridades individuales del caso. El sarcoma se desarrolla invariablemente en la cavidad del útero; y sólo se ha referido un caso (Veit) en que el mal tuvo orígen en el cuello. La escrecencia nace ordinariamente de la pared uterina, presenta una ancha base, y forma prominencia en la cavidad. Las contracciones uterinas dilatan con el tiempo el cuello, y arrojan una parte de la masa á la vagina.

En casos raros el sarcoma afecta una forma semejante á la del pólipo; y en otros, una escrecencia extra-uterina, coincidiendo con el desarrollo uterino, avanza hasta dentro del saco de Douglas ó de una de las fosas ilíacas. El sarcoma ataca tambien el útero, haciendo una infiltracion difusa en una ó ámbas paredes; la cual puede interesar solamente los tejidos mucoso y sub-mucoso, ó aun la misma estructura muscular; ulcerándose pronto esta superficie, de la que proviene un flujo fétido. Esta infiltracion difusa suele interesar el útero en su totalidad, haciéndolo aparecer como si estuviese simétricamente aumentado de volúmen.

Cuando puede tocarse el tumor, se le encuentra generalmente blando, esponjoso, y friable; pero á veces se presenta duro y firme como el mio-fibroma. Con la palpacion combinada con el tacto, se descubre que el útero está grande y ordinariamente irregular en su forma, como si fuese asiento de tumores fibroídeos. La sonda uterina revela el aumento de volúmen del órgano; y es muy comun la dilatacion del cuello y la espulsion de fragmentos de la escrecencia.

Diagnóstico diferencial.—Aunque estos síntomas y signos físicos harán sospechar fuertemente la existencia del sarcoma, sólo con el microscopio podrá distinguirse del cáncer, del mio-fibroma, y de las simples escrecencias hiperplásticas.

Curso, duracion, y terminacion.—La marcha del mal es mucho mas lenta que la del cáncer, y mucho mas grave que la de los fibroides y de las escrecencias hiperplásticas. Su terminacion sobreviene pronto en casos raros; pero su duracion es muchas veces de cinco ó seis años. La enferma decae gradualmente á consecuencia de la hemorragia, la septi-

cemia, la propagacion del mal á las vísceras abdominales adyacentes, los desarreglos nutritivos y la peritonitis.

Pronóstico.—Este es siempre desfavorable, y la muerte es cuestion de tiempo, ya se estirpe ó ya se deje la escrecencia.

El microscopio nos ayuda hasta cierto punto á pronosticar la probable rapidez de la afeccion. Su marcha será tanto mas lenta cuanto mas se asemeje á una escrecencia dura, cuyo elemento principal es el tejido fibroso ; y su muerte molecular progresiva tanto mas rápida, cuanto mas se reblandezca y se manifieste abundante en elementos celulares. Además, las escrecencias de células pequeñas dejan ver una tendencia mas marcada á producirse con rapidez que las de células grandes.

Tratamiento.—Si el cuello está dilatado, y se descubre en la cavidad uterina una escrecencia sesil, se la estirpará completamente haciendo uso de la cauterizacion galvánica, del *écraseur*, de la escision, de la cuchareta ; y se cauterizará bien la base del tumor con ácido azóico químicamente puro, ú otro escarótico de igual potencia. Cuando el cuello no se encuentre dilatado, se verificará la dilatacion haciendo uso de esponjas preparadas, etc., y se atacará la enfermedad con medios quirúrgicos.

CAPÍTULO XXXV.

CÁNCER DE LA MATRIZ.

Definicion.—El cáncer del útero no se diferencia notablemente del que se presenta en los otros órganos del sistema, y puede definirse como una enfermedad caracterizada por gran proliferacion del tejido conjuntivo, una generacion escesiva de células de tipo epitelial, y una tendencia marcada á propagarse á las partes vecinas, á la muerte molecular y á reproducirse despues de ser estirpado. Waldeyer[1] describe concisamente el cáncer como "un neoplasma epitelial atípico."

Historia.—M. Becquerel ha dicho que "el cáncer del útero, á pesar de su mucha frecuencia, es una enfermedad cuya historia no data de largo tiempo." Es muy cierto que no era ántes conocida como en la actualidad; pero los antiguos poseían indudablemente algunas nociones respecto de sus rasgos clínicos. Hipócrates (*de Morbis Mulierum*) lo describe estensamente declarándolo incurable; Arquígenes le dedica un capítulo en que describe la forma ulcerosa y la no ulcerosa y las peculiaridades de los flujos. Aecio conservó dicho capítulo, intitulándolo "*De Cancris Uteri;*" y Pablo de Egina lo copia literalmente sin indicar su orígen. Los árabes tambien poseían conocimientos de esta afeccion, y Alsaharavio, Haly, Abbas, y Rhazes, hablan de su pronóstico y tratamiento de una manera que hace creer que comprendían su verdadero carácter.

En Francia, en tiempo de la restauracion de la ginecología, se confundió el mal con los tumores fibrosos y la hiperplasia areolar. Astruc, en 1766, describió el "escirro" como resultado del aborto; y la confusion nacida de su relato le sobrevivió mucho tiempo, caracterizando las épocas de Récamier y Lisfranc; y aun en la actualidad vemos dicha teoría sostenida por Ashwell, Montgomery, Duparcque, y otros muchos. Blatin, y Nivet,[2] al manifestar su creencia de que el escirro proviene de

[1] Billroth, Surg. Pathol., edicion americana.
[2] Mal. des Femmes, Paris, 1842.

una inflamacion crónica del parénquima, añaden en una nota al pié, que "Pablo de Egina, Galeno, Andral, Broussais, Breschet, y Ferrus, y Piorry, Bouillaud, etc., colocan el escirro entre las terminaciones de la inflamacion crónica; aunque algunos de ellos convienen en la existencia de una predisposicion." Pero, si bien los médicos mas antiguos conocían la afeccion, muy poco les debemos con respecto á ella, salvo partes de la nomenclatura imperfecta que en el dia la caracterizan. Es indudable que nunca se ha hecho tanto por desenvolver nuestros conocimientos del asunto como durante el último medio siglo; y, sin embargo, hállanse envueltos todavía en mucha duda é incertidumbre sus variedades y caractéres patológicos.

Patología.—Las ideas de los patólogos, en cuanto á la patología del cáncer, se han modificado recientemente de una manera considerable; y miéntras que ántes prevalecía la opinion de ser siempre aquella enfermedad la manifestacion local de un estado general de la sangre, en la actualidad se ha dividido dicha opinion, adhiriéndose muchos todavía á la antigua teoría, al paso que otros van cediendo al razonamiento convincente de los que la consideran como una afeccion de orígen local, entre cuyos caractéres mas notables se distingue la tendencia á envenenar rápidamente el organismo. En una discusion sumamente interesante que sobre esta materia se sostuvo con mucho lucimiento ante la Sociedad Patológica de Lóndres, en Marzo de 1874, los Señores De Morgan, Hutchinson, Moxon, Arnott, y otros, apoyaron la primera teoría, defendiendo la segunda Sir James Paget, Sir W. Jenner, el Dr. Greenhow, y algun otro. La opinion se dividió de tal modo en la sociedad, que un escritor, comentando el hecho, dijo que "los constitucionalistas casi igualaban en número á los localistas."

Sea cual fuere el estado peculiar de que trae orígen el depósito canceroso, lo cierto es que un mismo mal puede engendrar cualquiera forma de la afeccion. Esto lo prueban los hechos; pues suelen hallarse juntamente varios depósitos de diferentes variedades; se sabe que es posible la transicion de una forma á otra; y que una vez estirpada una por medios quirúrgicos, otra distinta suele reemplazarla.

A la duda que rodea el orígen del cáncer, agrégase la de cómo se verifica el depósito local. Ciertos patólogos, de quienes puede considerarse como representante á M. Robin, de Paris, opinan que por influencia de un vicio constitucional, que á su vez ejerce una influencia destructiva en la nutricion y formacion, un blastema flúido pasa de la sangre al tejido conjuntivo de la parte, dando nacimiento á moléculas que forman los elementos anatómicos del cáncer. Otra parcialidad, fundada por Virchow,[1] sostiene que la proliferacion del tejido conjun-

[1] Véase una escelente é interesante memoria sobre esta materia de la pluma del Profesor W. T. Lusk, en el *N. Y. Med. Journal*, de Setiembre de 1869, y la cual me proporcionó datos útiles.

tivo y la hipergénesis de las células, proceden ámbas de la subdivision repetida de los corpúsculos del tejido conjuntivo, cuyo destino es varie, pues unos producen tejido, otros llenan espacios formativos (*brood-spaces*) y otros, por último, forman epitelio. Remak[1] y Waldeyer[1] representan un tercer partido que sostiene que toda enfermedad cancerosa del útero principia en el epitelio que tapiza las glándulas que penetran en el parénquima. Las células cancerosas provienen de un defecto en el trabajo de produccion normal de epitelio; miéntras que el estroma proviene de la proliferacion de la sustancia intersticial ó tejido conjuntivo de la parte. "Sólo Thiersh, y Waldeyer últimamente, dice Billroth,[2] sostienen, como yo, el límite estricto entre las células epiteliales y las de tejido conjuntivo. . . . Yo llamo verdaderos carcinomas sólo aquellos tumores cuya formacion es idéntica á la de las verdaderas glándulas epiteliales, (no las linfáticas,) y cuyas células se derivan realmente en su mayor parte, del verdadero epitelio."

La enfermedad, cuando ataca primero el cuello del útero, se estiende por este y lo invade en su totalidad, y algunas veces tambien el cuerpo del órgano, los ovarios, la vagina, la vejiga, y el tejido intermedio, llegando á atacar hasta los huesos de la pélvis. El depósito continúa por tiempo indeterminado y en seguida, y sin ninguna causa aparente, la masa de organizacion inferior, empieza á morir, sobreviniendo su ulceracion ó muerte molecular. El detritus da lugar á un flujo fétido, icoroso y sanguinolento, que escoría la vulva y los muslos, y convierte á la enferma en objeto desagradable para sí misma y para los que la rodean.

El mal se propaga á órganos cercanos y distantes de tres modos: primero, continuidad de desarrollo; segundo, absorcion por los vasos linfáticos y trasmision á las glándulas y otras partes del flúido contagioso, ó elementos celulares del cáncer; y tercero, absorcion venosa.

Variedades.[3]—El cáncer puede atacar el útero en una de las formas siguientes:—

1. Escirro; cáncer fibroso, ó crónico;
2. Encefaloide; ó cáncer agudo;
3. Epitelioma; cancroide, ó cáncer epitelial.

Además de estas tres formas, se menciona á menudo otra, llamada coloide; pero en la actualidad se considera generalmente erróneo suponer que esta sea una verdadera variedad de cáncer, pues es mas bien una degeneracion mucoídea (*mucoid*) de una de las formas anteriormente mencionadas. La misma clase de degeneracion puede afectar

[1] Véase la nota de la página anterior. [2] Surg. Pathol., p. 627.

[3] Si, para ser metódico, he creido conveniente adoptar estos términos convencionales, no por eso debe el estudiante suponer que es siempre fácil clasificar un cáncer uterino bajo uno de ellos; pues es muy comun encontrar una escrecencia que ocupa un punto medio entre estas variedades, sin ser ni verdadero escirro, ni encefaloide, ni aun epitelioma.

otras escrecencias ; y muchos errores se padecerían si la simple presencia de una sustancia coloídea hubiese de mirarse como indicio de malignidad. "Puede, pues, dice Virchow, tratando de tan importante asunto, decirse cáncer coloídeo, sarcoma coloídeo, fibroma coloídeo. Aquí *coloídeo* no significa nada mas que gelatinoso." Cuando este cambio sobreviene en una de las otras formas de cáncer, los alvéolos se encuentran muy grandes y llenos de una sustancia gelatinosa, sin estructura.

Nuestros conocimientos actuales no nos permiten separar las afecciones cancroídeas de las cancerosas, pues ámbas presentan caractéres malignos, y el microscopio revela el mismo tipo de estructura celular y de tejido conjuntivo. Tambien es cierto que los aspectos físicos de las variedades del cáncer dependen simplemente de cambios de proporciones, y de la disposicion anatómica de sus partes constituyentes. Antes de entrar, pues, en los detalles de esta materia, diré con anticipacion que todas las afecciones de que trataremos aquí, bien se llamen cáncer, cancroide, ó epitelioma, son en realidad de naturaleza maligna, diferenciándose únicamente en el grado de malignidad; que una variedad tiende á trasformarse rápidamente en otra de tipo mas grave; y que en todas ellas el envenenamiento del sistema es sólo cuestion de tiempo, si se las abandona á sí mismas.

Frecuencia.—El cáncer es una afeccion comun, que se presenta en el útero con mas frecuencia que en los demas órganos del cuerpo. Segun Rokitansky,[1] el cáncer, como regla general, ataca mas unos órganos que otros, en el órden siguiente : "Primero el útero, las mamas, el estómago, el intestino grueso, y sobre todo el recto; despues sigue el cáncer de las glándulas linfáticas," etc. La tabla siguiente demuestra bien la frecuencia relativa del cáncer de la matriz.

De todos los casos de cáncer en la mujer, las $\frac{2}{3}$ partes son del útero (Kiwisch).[2]						
" 9118	"	"	"	2996 eran	"	(Tanchou).[3]
" 8746	"	"	"	3000 "	"	(Simpson).[4]
" 5122	"	"	"	113 "	"	(Wagner).[5]

La estadística demuestra que la frecuencia del cáncer es casi tres veces mayor en la mujer que en el hombre ; y mas de tres veces mayor en el útero que en otro cualquier órgano de aquella.

Frecuencia relativa de las diversas formas de cáncer.—Segun Virchow,[6] las afecciones cancroídeas componen la mayor parte del llamado cáncer uterino; Hewitt[7] afirma que "la forma medular es la que generalmente se observa en el útero; siguiéndose la 'epitelial' en órden de

[1] Sydenham Trans., t. i, p. 198.
[2] Klob, ob. cit., p. 205.
[3] Rech. sur les Tumeurs du Sein, p. 218.
[4] Clin. Lect., p. 42.
[5] New York Med. Journ., t. ix, p. 561.
[6] New York Med. Journ., Setiembre, 1869, p. 567.
[7] Ob. cit., p. 575.

frecuencia;" y Courty[1] empieza de esta manera sus observaciones sobre la materia: "El epitelioma de la porcion vaginal del cuello, el mas comun tal vez de los cánceres del útero," etc.

El cáncer uterino de forma escirrosa se ve tan raramente, que algunos autores han dudado que exista; y aunque Rokitansky admite la posibilidad de su manifestacion, considera, sin embargo, que es muy poco comun. La razon de esto debe encontrarse en que el escirro es probablemente la forma primitiva de la afeccion; y como en este período se manifiestan pocos síntomas, la necesidad de un exámen no le ocurre al médico ni á la enferma tampoco. Yo he observado dos, y creo poder decir tres, casos incuestionables de esta variedad; de uno de los cuales presento á continuacion la historia.

El Dr. Treskatis presentó á mi clínica en el College of Physicians and Surgeons una mujer de 40 á 50 años de edad, que hacía tiempo padecía leucorrea y menorragia. Por medio del tacto encontré el cuello del útero muy grande, y estremamente duro y resistente. El spéculum no revelaba ninguna erosion, notándose sólo dos puntos pequeños, como del tamaño de la cabeza de un alfiler, que sangraban mucho al tocarlos con la esponja. Las circunstancias de no haber manifestado la enferma anteriormente ningun síntoma de mal uterino que pudiera haber terminado en hiperplasia areolar; de no poderse descubrir ninguna causa intra-uterina de menorragia; y de ser escesiva la induracion del cuello, me hicieron aventurar el diagnóstico de cáncer escirroso. El Dr. Treskatis mantuvo en observacion este caso, y por él supe despues que había tomado el carácter de verdadero carcinoma, segun lo demostraban el reblandecimiento, la ulceracion, los signos microscópicos, etc. Klob[2] sostiene que "en los mas casos la enfermedad se presenta en una forma fibroso-medular, quiere decir, que en los casos raros en que se puede reconocer y estudiar en el cadáver el estado primitivo del desarrollo carcinomatoso, se encuentra la forma que se ha descrito bajo el nombre de carcinoma fibroso ó escirro; miéntras que generalmente se observa la forma distinta de carcinoma medular, en los casos en que el mal ha terminado en la muerte."

Cuando el período primero, de induracion ó fibroso, de la enfermedad ha durado algun tiempo, sobreviene una generacion prolífica de células; las cuales llenan los espacios alveolares del tejido conjuntivo, que se rompen y se comunican mutuamente, creciendo y reblandeciéndose la masa en su totalidad. Estos distendidos espacios celulares, despues de crecer aun mas, se abren, los vasos grandes que los nutren sangran abundantemente, y se establece la ulceracion. A medida que adelanta este último período, la vejiga padece por la propagacion á su base del material morboso; el trabajo morboso invade despues el recto, los vasos linfáticos y las glándulas de la pélvis, y el neurilema de los

[1] Traité prat. des Mal. de l'Utérus, etc., p. 875. [2] Ob. cit., p. 192.

nervios sacros, y se estiende por todos los tejidos de la cavidad pelviana. Por los datos que siguen, suministrados por el Dr. Arnott,[1] del Middlesex Hospital, se podrá formar una idea de la frecuencia con que diferentes partes son afectadas secundariamente :

En 34 casos no se observó depósito secundario.					
" 20 "	se presentó una afeccion cancerosa			de las glándulas linfáticas.
" 5 "	"	"	"	de los ovarios.
" 3 "	"	"	"	del hígado.
" 2 "	"	"	"	de los pulmones.
" 1 "	"	"	"	del corazon.
" 1 "	"	"	"	de las mamas.
" 1 "	"	"	"	del peritoneo.

Cáncer escirroso.—El carácter anatómico predominante en esta forma, es la gran parte de tejido conjuntivo y la pequeña cantidad de elementos celulares que la componen ; constituyendo su principal rasgo clínico el desarrollo gradual, y la lentitud comparativa de crecimiento y progreso que la caracterizan. El estroma abundante á que hemos

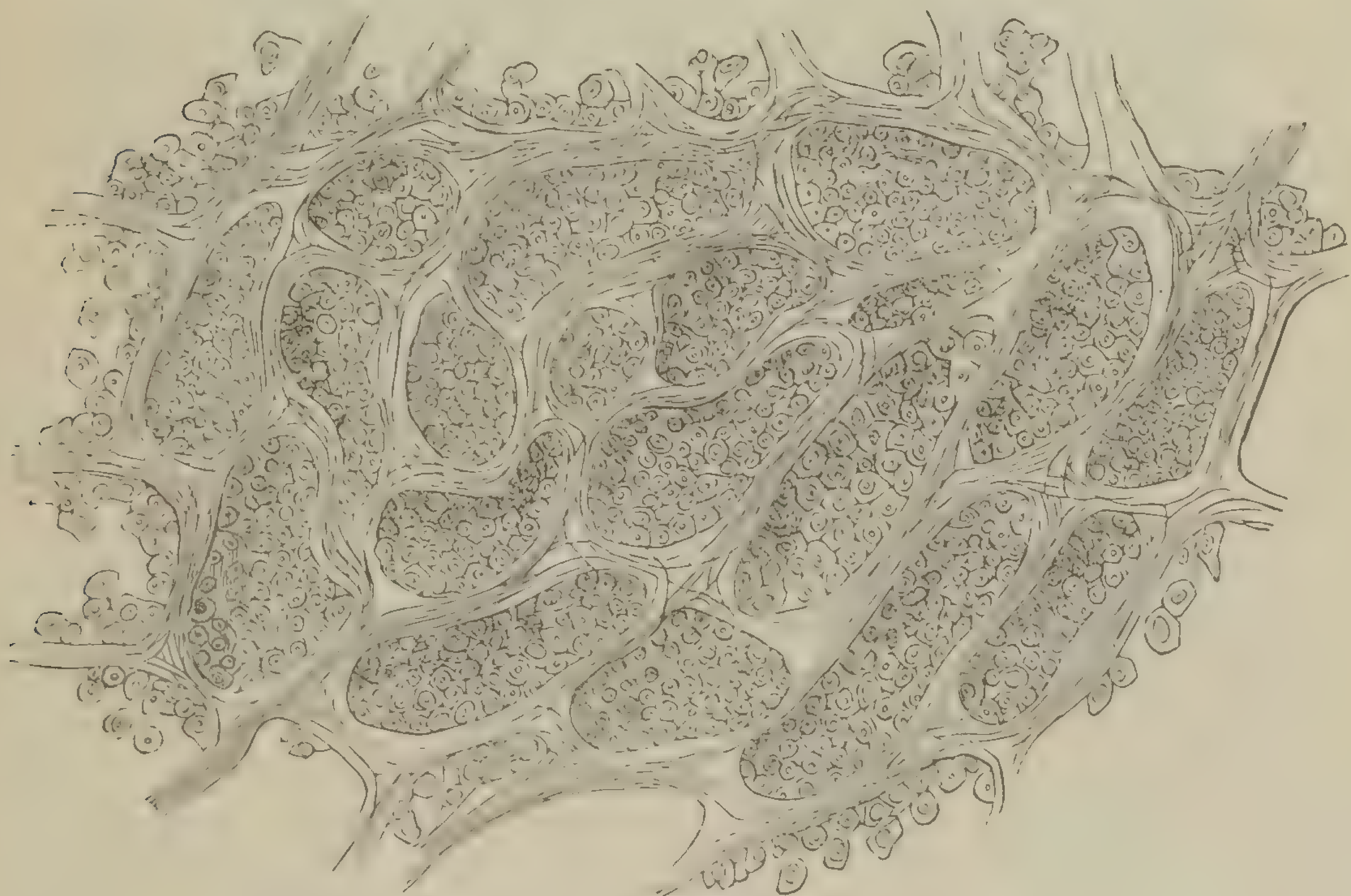


FIG. 156.—Cáncer de la mama ; estroma y células. (Billroth.)

aludido, pronto se contrae, y al contraerse detiene la generacion epitelial, determina la atrofia de casi todas las células, ménos las periféricas, y limita el aflujo de sangre comprimiendo los vasos. Estas escrecencias, ántes de manifestarse la ulceracion, presentan al esplorador una superficie dura, nodulosa y resistente.

[1] Pathol. Trans., 1870.

El *cáncer encefaloídeo* del cuello uterino presenta muy poco estroma y gran número de células. Su desarrollo rápido, su tendencia á dar sangre y su precoz disgregacion lo distinguen clínicamente. Durante la vida presenta al tacto una superficie blanda, lobulada y elástica.

Las figuras 156 y 157, que representan la disposicion de los elementos de tejido conjuntivo y celulares, no dejarán de interesar al lector.

El *cáncer epitelial* presenta caractéres anatómicos y clínicos que lo distinguen notablemente de las formas que acaban de enumerarse, y

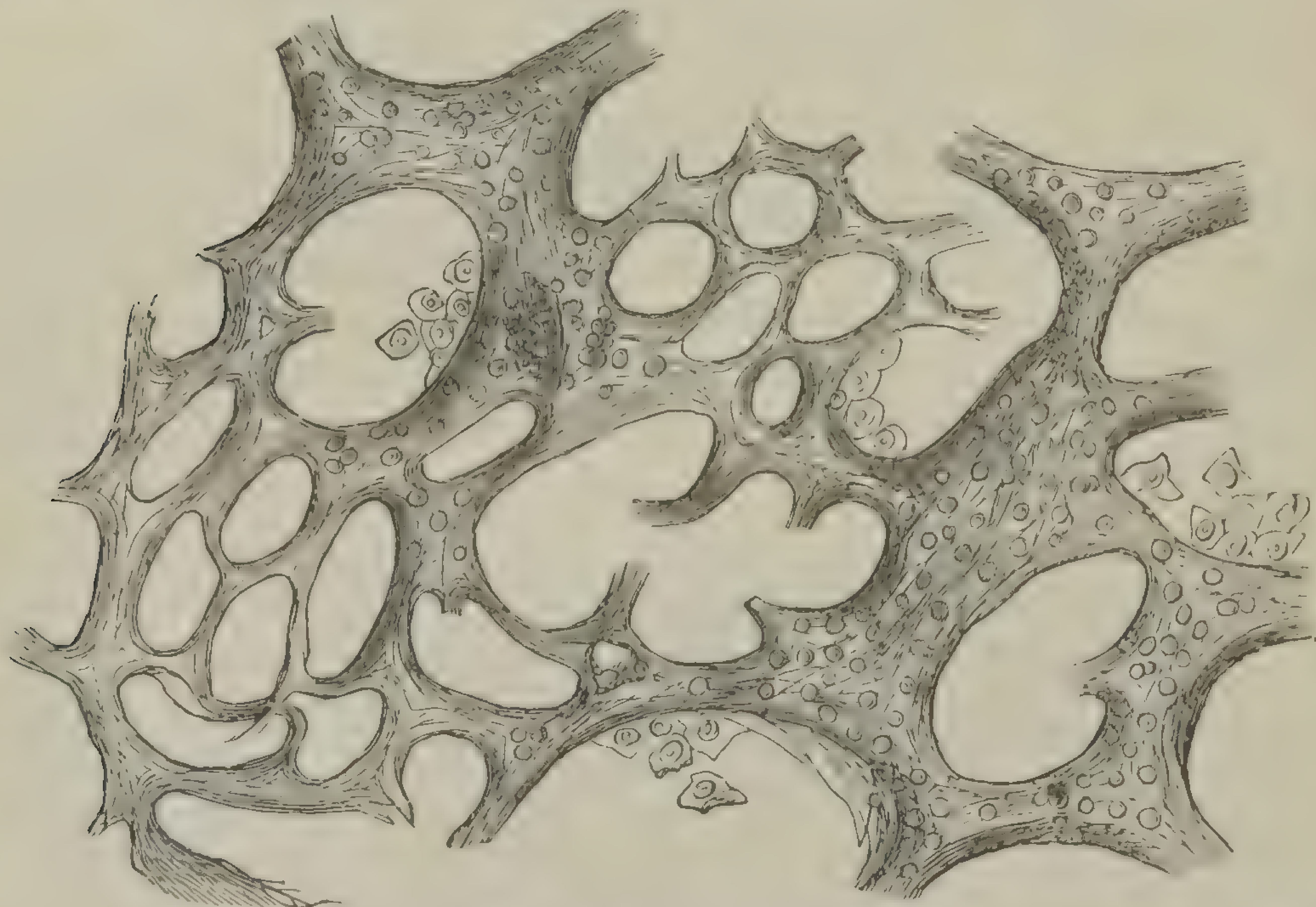


Fig. 157.—Disposicion del tejido conjuntivo en el cáncer de la mama. Preparacion barnizada con alcohol. (Billroth.)

merece especial consideracion. Principiando por una generacion escesiva de las células características de la parte en que se determina la influencia morbosa, se desarrolla siempre sobre las superficies cubiertas de epitelio—la piel ó la membrana mucosa. Algunas veces el estroma es muy abundante, y otras falta casi enteramente. Las células, á medida que se aumentan en el estroma, se disponen en forma de espacios ó nidos epiteliales.

La importancia de diferenciar esta forma de cáncer de las mencionadas anteriormente no se admite hoy con tanta generalidad como hace veinte años. Entónces los patólogos consideraban necesario dividir los tumores cancerosos en dos clases distintas: los que eran esencialmente verdaderos cánceres, y los que eran semejantes (ειδος), si bien no idénticos, á tan terrible enfermedad. Lebert, en 1846, dió el nombre de *cancroide* á estas escrecencias, por la razon que acaba de esponerse; y el consistir esta forma de la afeccion en una hipergénesis morbosa del epitelio normal, hizo que Hannover, en 1852, la llamase *epitelioma*.

Por mucho tiempo se inclinó la opinion general á establecer una distincion perfecta entre ámbas afecciones, considerándose una de ellas como una enfermedad que procedía de un estado particular del sistema, y la otra como simplemente de carácter local. En tiempos mas recientes han prevalecido ideas distintas; inclinándose mucho los patólogos á la teoría de que las escrecencias cancroídeas pertenecen en realidad á la familia de los cánceres; siendo los caractéres que he mencionado lo que principalmente las distingue histológicamente de ellos. Los clínicos notaron, por su parte, diferencias muy marcadas; siendo las principales de ellas la lentitud con que el cancroide envenena el sistema, y la tendencia ménos pronunciada que manifiesta á reproducirse despues de estirpado. Rokitansky,[1] refiriéndose á ellos dice: "En muchos casos, sin embargo, no obstante las mismas relaciones químicas y morfológicas, se asemejan tanto á los cánceres en todas sus manifestaciones, que los clasificamos con estos, como una variedad mas del carcinoma medular, que es al que mas se aproximan en sus lineamentos. Esto lo

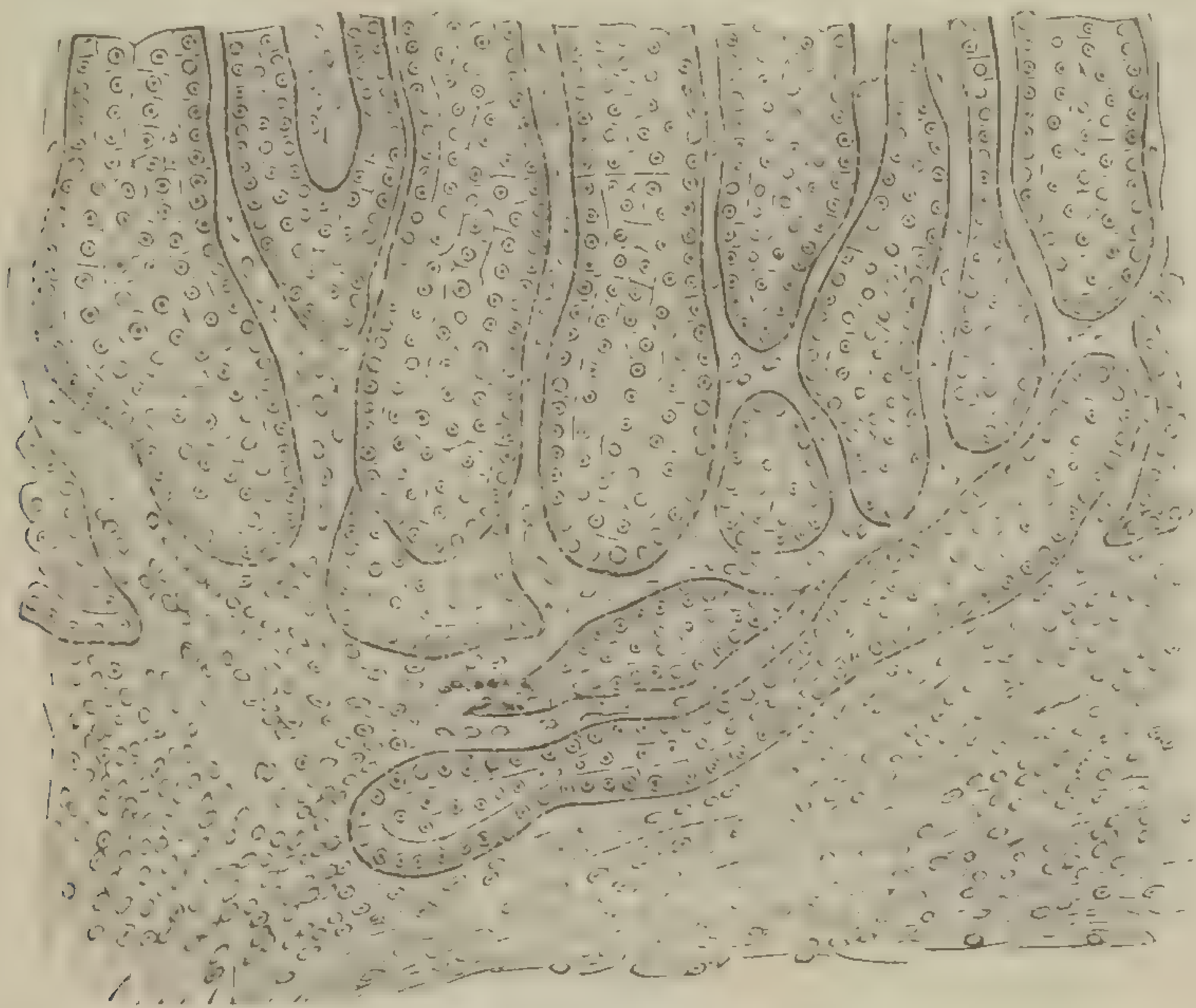


FIG. 158.—Cáncer epitelial plano del carrillo. Crecimiento interno glandular del *rete Malpighii* en el tejido conjuntivo. (Billroth.)

creemos limitado á la membrana mucosa y á los tegumentos ordinarios." Virchow, cuyas investigaciones son mas recientes que las de Rokitansky, considera, tanto el epitelioma como el cáncer, efecto de una generacion de células normales, escitada á una actividad morbosa por la influencia desconocida que constituye la causa de las afecciones cancerosas. Este autor[2] ha demostrado el desarrollo de la sustancia cancroídea tanto en lo interior de la pared uterina como sobre su membrana mucosa.

[1] Ob. cit., t. i, p. 217.

[2] Klob, ob. cit., p. 19.

Las diferencias clínicas entre las distintas formas de enfermedad maligna, podrían apreciarse fácilmente al principio de cada una; pero á medida que el cáncer epitelial interesa progresivamente los tejidos mas profundos, la distincion se va haciendo muchas veces, no sólo difícil, sino imposible.

El cáncer epitelial ataca el útero en dos formas del todo distintas: á la primera la caracteriza una tendencia notable á la ulceracion; y á la segunda, la formacion de un tumor ó especie de masa fungosa que finalmente se ulcera. Estas formas han recibido los nombres de

Epitelioma ulceroso;
Epitelioma vegetante.

El Dr. John Clarke, de Lóndres, primero, y despues su hermano Sir Charles Mansfield Clarke, designaron con el nombre de úlcera corrosiva una forma de ulceracion del cuello, en que lo único que se observa como lesion patológica es la destruccion rápida del tejido; en que no hay induracion de la parte afectada, ni endurecimiento ni inflamacion de los órganos adyacentes; nada, en fin, sino muerte molecular en el cuello de la matriz, y desaparicion de su estructura como por liquefaccion. Esta lesion ha sido descrita bajo los nombres de úlcera fagedénica (*rodent*), cáncer ulceroso difuso, cáncer epitelial, y cancroide del útero.

Todos los autores están de acuerdo en que relativamente es muy poco comun este mal. "Noventa ó cien casos de cáncer del útero, dice el Dr. Ashwell,[1] se observan por cada uno de úlcera corrosiva," y añade que hasta el tiempo en que él escribía, no se había visto en la sala correspondiente de Guy's Hospital (Lóndres) un solo caso de dicha enfermedad. De 500 casos de enfermedadas uterinas registrados en el mismo hospital, no hubo uno solo de úlcera corrosiva. Esta es la esperiencia de todos los que basan sus observaciones en pruebas necroscópicas escrupulosas, no clínicas. Los que sólo se llevan de observaciones clínicas, clasifican así la enfermedad con mucha mas frecuencia; pero segun observa Scanzoni,[2] es muy probable que en semejantes casos se haya padecido un error con respecto á sus caractéres anatómicos. Debe tenerse presente que muchos casos que el microscopio, despues de la muerte, demostró ser verdaderos carcinomas, siguieron una marcha muy semejante á la de esta afeccion. Ashwell dice, que en varias ocasiones en que se hizo un diagnóstico de úlcera corrosiva, la autopsia reveló que era otra variedad de cáncer; y Scanzoni relata un caso observado en la clínica, en Praga, en que todos los que presenciaban una autopsia se hallaban dispuestos á sustituir el diagnóstico de úlcera corrosiva al de carcinoma, hasta que la necroscopia decidió la cuestion.

El siguiente cuadro demostrará que en la actualidad los patólogos han convenido muy generalmente en que esta afeccion es una forma de

[1] Dis. of Women, p. 318. [2] Ob. cit., p. 217.

cáncer epitelial. Al prepararlo se ha cuidado de no mencionar ningun autor que escribiera hace mas de veinte y cinco años.

Autor.	*Opinion respecto á la patología.*	*Dónde se ha publicado.*
Dr. West.........	Cáncer epitelial.............	West, Diseases of Females, p. 270.
Dr. Graily Hewitt..	Una variedad de cáncer......	Hewitt, Diseases of Women, edicion americana, p. 211.
Dr. Churchill......	"Esencialmente distinto" del cáncer..................	Churchill, Diseases of Women, p. 208.
M. Aran..........	Cáncer ulceroso, difuso......	Aran, Mal. de l'Utérus, p. 937.
Dr. Scanzoni......	Cáncer medular en descomposicion....................	Scanzoni, Diseases of Females, p. 227.
M. Nonat.........	Cáncer epitelial.............	Nonat, Mal. de l'Utérus, p. 521.
M. Becquerel......	Cáncer epitelial.............	Becquerel, Mal. de l'Utérus, t. ii, p. 209.
Dr. Ashwell.......	Semejante al lupus..........	Ashwell, Diseases of Females, p. 319.
Dr. H. Bennet.....	Cáncer epitelial.............	Bennet on Uterus, p. 386.
Mr. De Morgan....	"Una modificacion del epitelioma"..................	Ensayo ante el London Path. Soc., Marzo de 1874.
Mr. Arnott........	"Una forma de epitelioma"..	Discusion ante el London Path. Soc., Marzo de 1874.
Dr. Byford........	Cáncer epitelial.............	Byford, Med. and Surg. Treat. of Women.
Dr. Lever.........	Ulcera maligna.............	Lever, Diseases of the Uterus, p. 149.
Dr. Kiwisch.......	Cáncer medular en descomposicion....................	Scanzoni, Diseases of Females, p. 227.
M. Columbat de L'Isère	Lo compara al *noli me tangere*	On Females.
M. Courty.........	Cáncer epitelial.............	Mal. de l'Utérus, p. 875.

Rokitansky[1] trata de esta manera de la afeccion: "Tambien se observan úlceras primitivas y sifilíticas, úlceras cancerosas producidas por la fusion de escrecencias morbosas cancerosas, la llamada úlcera fagedénica del hocico de tenca, ó úlcera corrosiva de Clarke. La última puede compararse á la ulceracion fagedénica cancerosa de la piel; sin tener por base un desarrollo morboso, destruye gradualmente el cuello, y hasta la mayor parte del útero, y aun se propaga al recto y á la vejiga."

"En algunas disecciones que he hecho, dice Mr. Arnott,[2] me ha parecido que la úlcera fagedénica era una forma del epitelioma; pues

[1] Path. Anat., edicion de Sydenham, t. ii, p. 220.
[2] Discusion ante la Sociedad Patológica de Lóndres.

en su profundidad se observa un aspecto semejante al de las células del *rete mucosum*, y tal cual vez el cuerpo de nido de pájaro (*bird's-nest body*); las células están mas íntimamente unidas que en el epitelioma, porque se asemejan mas á las del *rete mucosum*, no á las del epidermis; presentan por consiguiente una malignidad ménos activa que cualquier epitelioma ordinario."

La tendencia de las células de nueva formacion es á una muerte rápida. La marcha progresiva del trabajo destructor de la membrana mucosa al parénquima, y las hemorragias abundantes que sobrevienen, estenúan poco á poco á la enferma; y la invasion ulterior del peritoneo, determina una peritonitis mortal. Se distingue, sin embargo, muchas veces de las otras formas del cáncer en la lentitud de su marcha; pues pueden trascurrir años enteros ántes que ocurra la muerte. La ulceracion ulterior sobreviene en todas las variedades del cáncer. El calificativo *ulceroso* que aquí empleamos se aplica únicamente á la forma que presenta por rasgo primitivo esta especie de disgregacion.

El epitelioma llamado *vegetante* y descrito en diversas ocasiones bajo diferentes nombres, consiste en el desarrollo de un tumor de organizacion inferior, que provoca hemorragias, un flujo fétido, é hidrorrea. Las papilas del cuello se desarrollan estraordinariamente, sus vasos se aumentan, y se presenta una gran actividad en el crecimiento de las células que las cubren; ó una *proliferacion*, como la llama Virchow. Una influencia morbosa, de naturaleza desconocida, escita la actividad del desarrollo celular, de modo que las papilas se cubren espesamente de células. "Generalmente hablando, dice el Dr. J. H. Bennet, estas escrecencias están formadas casi del todo de escamas epiteliales." Las papilas, además, crecen en tamaño y longitud, sus vasos sanguíneos se hipertrofian, y establécese un verdadero papiloma ó tumor papilar. "La agalla que se forma de la picadura de un insecto, la hinchazon tuberosa que en el árbol indica el punto en que se ha cortado una rama, y la eminencia en forma de pared que crece alrededor del borde de la superficie herida al cortar el árbol, y que por último la cubre, todas dependen de una proliferacion de células tan abundante y muchas veces tan rápida como la que se observa en un tumor de una de las partes proliferantes del cuerpo humano."[1] La Fig. 159 representa el corte trasversal de una de estas escrecencias.

No hay que suponer que los vasos de las papilas son los que únicamente surten de sangre estas masas. Aquellos forman ramificaciones fuera de sus canales propios, y distribuyéndose entre las masas de células, permiten una trasudacion de serosidad que constituye el flujo acuoso tan característico del mal; y rasgándose, causan un flujo abundante de sangre.

Estos tumores, naciendo en el cuello ó en el orificio, como hiper-

[1] Virchow, Cellular Pathology.

trofias papilares, son locales al principio, pero andando el tiempo afectan la constitucion. Algunas veces se ingertan sobre verdaderos depósitos cancerosos en el parénquima del cuello.

Su asiento de predileccion es la porcion vaginal del cuello; pero el trabajo morboso suele propagarse desde este punto hasta la cavidad del

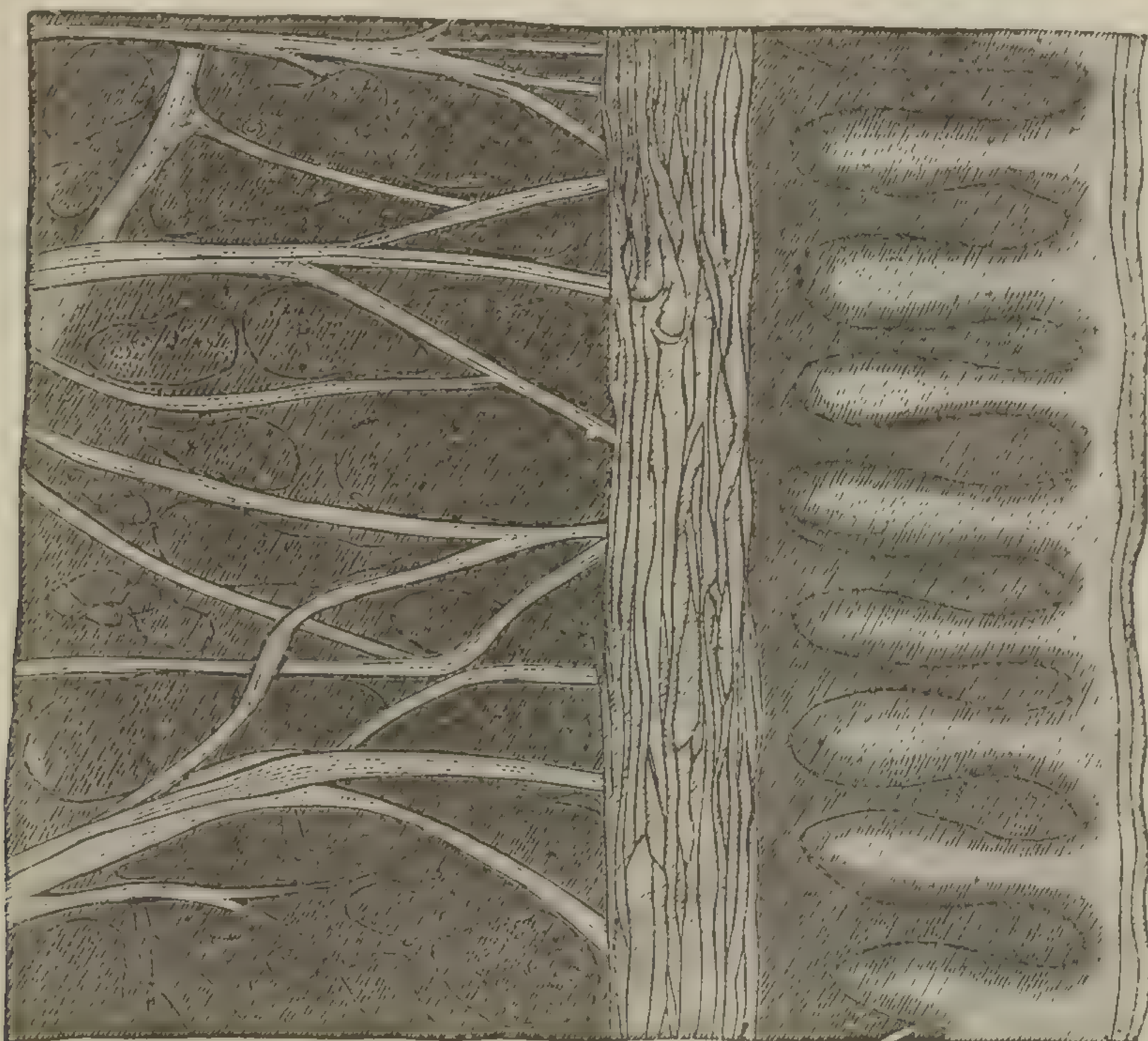


FIG. 159.—Corte trasversal de un epitelioma vegetante. (Virchow.)

útero y á la vagina. Es cuestion importante y vital con respecto á estos tumores, si toda escrecencia coliflor constituye una afeccion maligna. Virchow, que es la mejor autoridad que conocemos, opina terminantemente que no. "La importancia patológica del tumor papilar, dice, la determina, por lo ménos en cuanto yo sepa, el estado de la sustancia que le sirve de base, ó el del parénquima de las papilas mismas; y sólo puede llamarse cancroídea ó carcinomatosa una formacion cuando, además del desarrollo de la superficie, las capas mas profundas ó las mismas papilas son asiento de las degeneraciones particulares características de estas dos formas de tumores." Virchow opina, pues, que ciertas escrecencias semejantes al epitelioma vegetante en todos sus caractéres esteriores, son realmente papilomas benignos. La diferencia entre estos y el verdadero epitelioma se determina por el exámen microscópico del tejido sub-mucoso; hallándose este sano en un caso y enfermo en el otro. "La forma benigna, dice Klob, presenta una armazon arborescente cubierta simplemente de una capa mas ó ménos espesa de epitelio, miéntras que en el tumor cancroídeo los llamados *alvéolos cancroídeos* se desarrollan en la sustancia propia del tumor y tambien en el tejido generativo que se encuentra afectado de una hiperplasia del

tejido conjuntivo." Es cosa interesante y digna de observacion que la opinion formada por estos sabios patólogos alemanes, despues de escrupulosas investigaciones microscópicas, fuese sostenida hace muchos años como resultado de observaciones clínicas, por Gooch, el cual dijo: "Creo que nadie puede determinar infaliblemente, por el tacto, si un tumor en la vagina es escrecencia maligna que se reproducirá de nuevo, ó benigna que no volverá á aparecer despues de estirpada."

Puede decirse que el estado patológico que llevamos descrito constituye el primer período del mal. La ulceracion ataca con el tiempo la masa así formada, y destruyendo con rapidez su tejido, abre grandes y numerosos vasos, y destruye la vida de la enferma por lo continuado y abundante de las hemorragias.

Klob[1] describe dos variedades de papiloma maligno: una que llega á formar un tumor de alguna consideracion, que por último se ulcera; y otra que consiste simplemente en pequeños nódulos sobre el cuello, que, ulcerándose con rapidez, destruyen esta parte, y mas tarde el cuerpo del útero. Estos tumores suelen nacer de la parte vaginal del cuello, del canal cervical, y de la membrana mucosa del cuerpo del útero.

Para probar cuán difícil es diferenciar el papiloma benigno del maligno, hemos citado las palabras de Virchow; el cual, segun dice Scanzoni, es de opinion que "la escrecencia es al principio un simple tumor papilar, que afecta despues una forma cancroídea." Si bien es cierto que la distincion en este caso es difícil, su importancia es evidente, por cuanto afecta la validez de las deduciones que se hacen acerca de los resultados del tratamiento. Graily Hewitt[2] corrobora este aserto cuan-

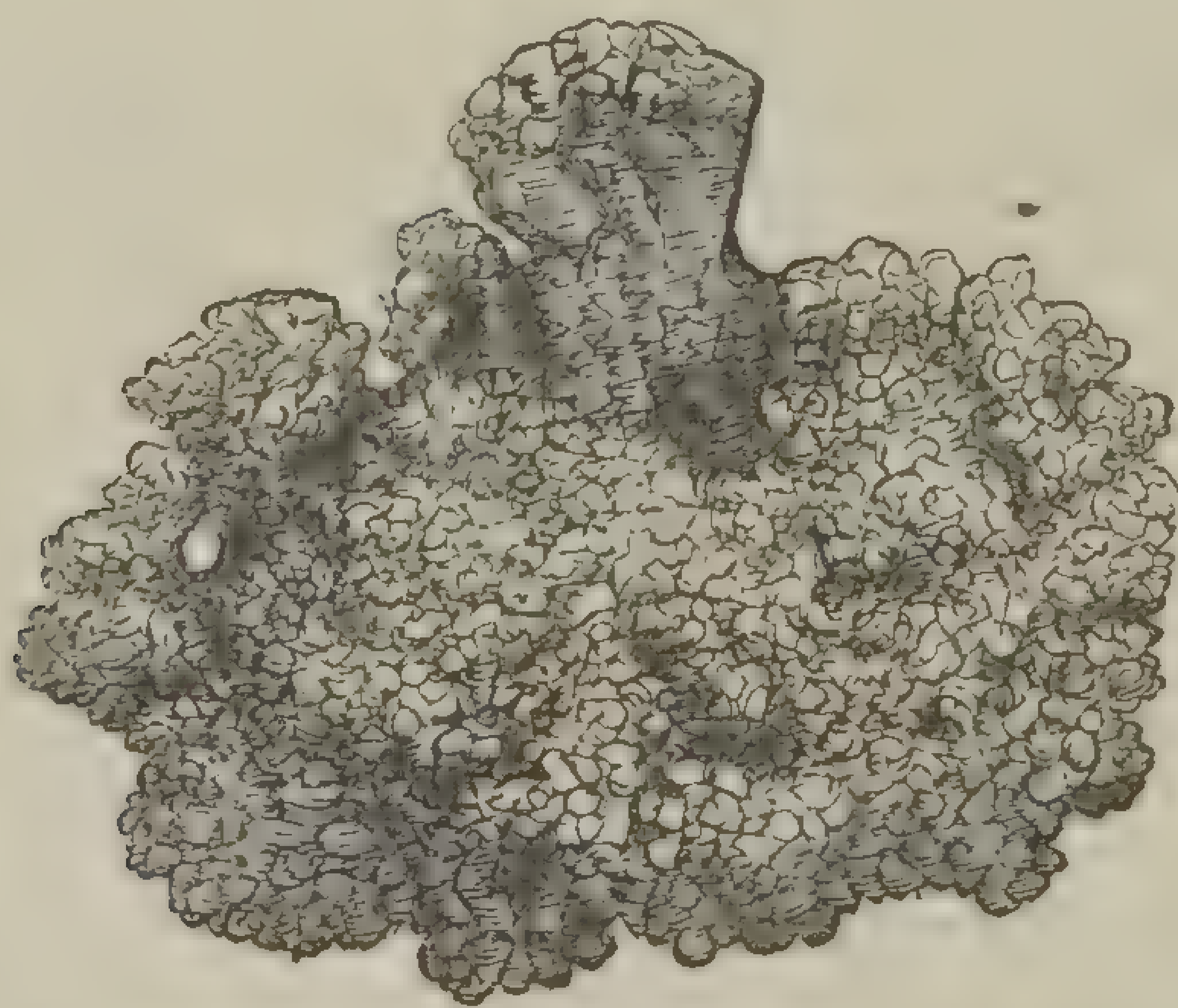


FIG. 169.—Epitelioma vegetante. (Simpson.)

do dice, al tratar de la gravedad y la duracion de las afecciones cancerosas y cancroídeas: "Sir James Simpson en sus '*Lectures on Diseases of Women*,' refiere uno de los hechos mas preciosos con relacion á esta materia. Fué el caso de una enferma á quien diez y ocho años ántes se había estirpado una escrecencia coliflor del tamaño de un huevo; y que

[1] Ob. cit., p. 189. [2] Ob. cit., p. 578.

despues de haber tenido cinco hijos, vivía aun. Es justo mencionar, con referencia á este caso, que el tumor estirpado no contenía *cuerpos fusiformes*." Pero, ¿qué valor ofrece semejante caso, si hemos de aceptar las revelaciones de investigadores recientes sobre la materia? Servirá mas bien para descarriar al práctico que para guiarlo con seguridad. Klob,[1] precaviéndose de la falacia de juzgar por las apariencias esteriores, presenta el siguiente método para establecer el diagnóstico con ayuda del microscopio. "El papiloma simple consiste en una base cubierta sólo de una capa epitelial espesa; en el papiloma maligno se encuentran alvéolos llenos de células que constituyen las llamadas 'cavidades formativas' (*brood-cavities*)."

Causas predisponentes.—Las causas, que, segun está convenido generalmente, predisponen á la afeccion, pueden enumerarse como sigue:

Predisposicion hereditaria;
Edad madura ó avanzada;
Raza (la africana goza de una inmunidad parcial);
Partos repetidos;
Agotamiento general de las fuerzas vitales.

En la actualidad muchos dudan de la influencia de la predisposicion hereditaria que en otro tiempo se aceptaba como causa predisponente fecunda.

14 de 102 casos observados por Lebert daban muestras de predisposicion hereditaria.
78 " 322 " " Paget " " " "
33 " 305 " " Sibley " " " "

Sir James Paget ha dicho mas recientemente que la proporcion de casos hereditarios, en su práctica, ha sido 1 en cada 3.

Hánse referido casos en las dos edades estremas de la mujer; pero está generalmente admitido que son pocos los que se presentan ántes de los 20 y despues de los 60 años. Las edades mas fecundas pueden enumerarse como sigue, en órden de frecuencia: de los 40 á los 50 años; de 30 á 40; de 20 á 30; y de 50 á 60.

De 108 casos observados por Scanzoni,

hubo	4	entre	20 y 25 años.	hubo	45	entre	40 y 45 años.
"	4	"	25 y 30 "	"	15	"	45 y 50 "
"	17	"	30 y 35 "	"	4	"	50 y 55 "
"	18	"	35 y 40 "	"	1	"	55 y 60 "

La enferma de ménos edad tenía 23 años, y la que mas, 59.

La raza negra, comparada con la blanca, parece gozar cierta, si bien no mucha, inmunidad de esta afeccion.

[1] Ob. cit., p. 187.

El Profesor Barker, en una memoria interesante que, sobre este asunto publicó en las *Transactions of the New York Academy of Medicine*, en 1870, cita la siguiente estadística del Profesor Chisholm, de Baltimore:

Informe del Registrador de la Carolina del Sur, del año 1859—
De 2423 muertes de blancos, 20 fueron de cáncer;
" 7277 " " negros, 29 " "

La inmunidad de la raza africana, á juzgar por los datos que anteceden, no es en manera alguna tan completa como muchos prácticos suponen.

El cáncer se observa en las multíparas con mayor frecuencia que en las nulíparas. De los 108 casos de Scanzoni—

6	habían	parido	11	veces.
3	"	"	10	"
2	"	"	11	"
14	"	"	8	"
13	"	"	7	"
21	"	"	6	"
10	"	"	5	"
3	"	"	4	"

El resultado de las investigaciones de Mr. Sibley en el *Middlesex Hospital*, tiende á comprobar este hecho. Mr. Sibley observó que por lo general el número de niños nacidos de mujeres atacadas de esta afeccion, era un 30 por 100 superior al número medio de todos los matrimonios.

Aunque algunos creen que el cáncer ataca á personas en perfecta salud con tanta frecuencia como á las de constitucion débil, está generalmente admitido que las influencias que debilitan el sistema general predisponen á la afeccion. Entre estas influencias pueden citarse con especialidad el pesar y los cuidados, (en 84 de 108 casos observados por Scanzoni,) la lactancia escesiva, la existencia de cualquier diátesis, la residencia en grandes ciudades, y el empobrecimiento de la sangre producido por trabajos penosos, esposicion, falta de alimentos, ó costumbres viciosas.

Causas escitantes.—Estas son del todo desconocidas. Como se ha dicho ántes, en el dia se rechaza la hipótesis, por muchos sostenida en otro tiempo, de que el cáncer es frecuentemente resultado de una inflamacion crónica. Yo jamas he observado, en mi práctica, un solo caso que corroborase en lo mas mínimo dicha teoría. Sin embargo, hay quien cree en la existencia de lo que llama Mr. Paget *el orígen local y constitucional del cáncer.* Mr. Hutchinson define jocosamente el cáncer como "una rebelion de células:" y es la causa determinante de tal rebelion precisamente la que hasta ahora ha escapado á las investigaciones de clínicos y patólogos.

Síntomas.—El principio de la enfermedad puede pasar desapercibido y marchar hasta cerca de su terminacion funesta sin que se manifiesten síntomas que llamen la atencion de la mujer; ó bien puede existir solamente una leucorrea ó hemorragia leves, que quizás hayan sido consideradas como circunstancias insignificantes que no merecen tratamiento ni investigacion. Lo mas comun, sin embargo, es el desarrollo de los fenómenos que siguen, y que se van haciendo mas culminantes á medida que progresa la muerte molecular:

Dolor en la region de la pélvis;
Sensibilidad al moverse, y durante la cópula;
Menorragia y metrorragia;
Leucorrea fétida é icorosa;
Hidrorrea;
Flujo grumoso y de color oscuro;
Debilidad constitucional;
Palidez y fisonomía caquética;
Fístula vésico-vaginal ó recto-vaginal.

El dolor ó la sensibilidad no son tan constantes ni intensos como suele suponerse, pudiendo ámbos faltar completamente.

La menorragia ó metrorragia quizás existan aun ántes de presentarse la ulceracion, y entónces es resultado de la hiperemia de la membrana mucosa; pero no llegan á ser escesivas ó alarmantes, hasta despues de establecido el trabajo de destruccion.

La marcha progresiva del mal se manifiesta con mucha generalidad por flujos icorosos acuosos y grumosos. El primero de estos produce eritema, escoriaciones, vaginitis y á veces grandes deseos venéreos, aunque yo jamas he observado este último síntoma; el segundo aniquila á la enferma por la eliminacion del suero de la sangre, y el tercero causa fetidez, y á veces septicemia, pues la sustancia que determina la coloracion y fetidez del flujo es un putrílago formado del detritus procedente del útero en descomposicion.

La debilidad constitucional y el semblante caquético resultan en parte, ora de la intoxicacion maligna que es la base de la afeccion, ora del aniquilamiento producido por la pérdida de sangre ó de algunos de los elementos de esta. Cuando el trabajo morboso ataca las paredes del recto ó de la vejiga, como sucede muchas veces, las funciones de estas vísceras se trastornan, y el escremento ó la orina, ó quizás una y otro, se escapan por la vagina, aumentando el malestar de la enferma.

Signos físicos.—La menorragia, fetidez del flujo, y una leucorrea icorosa, son ordinariamente los tres síntomas que primero escitan sospechas y reclaman el exámen físico. Estos fenómenos pertenecen al período segundo, ó de la ulceracion, en el cual casi invariablemente se acude al médico, segun ha demostrado el Dr. Henry Bennet. Antes de

la entrada de este período, no existe de ordinario síntoma alguno que requiera la esploracion física.

No he visto mas que dos casos en que estuviese seguro de que eran de cáncer escirroso incipiente, ó no-ulcerado; y en estos se formó el diagnóstico en vista de la consistencia particularmente dura y nodulosa que presentaba el cuello, y de que en uno de ellos estaba interesada la vagina. Estoy convencido, sin embargo, de que corre gran riesgo de equivocarse el que se aventure á decidir la naturaleza del mal en este período. El mero hecho de hallarse el cuello muy duro y noduloso no basta para justificar el diagnóstico: para que pueda admitirse una deduccion positiva, debe haber además otros signos seguros, como la menorragia, la hidrorrea, y la debilidad constitucional.

Spiegelberg nos ofrece en el empleo de las esponjas preparadas un recurso precioso para este período de la enfermedad, en que es tanto mas importante el diagnóstico, cuanto que en dicho período es en el que la ablacion ofrece mas esperanzas de alivio permanente ó temporal. La influencia dilatante de la esponja produce cierto grado de reblandecimiento cuando la induracion del tejido es benigna; y la parte queda dura y resistente cuando el endurecimiento proviene de una enfermedad maligna.

Para *el examinador esperto*, es tan simple y positivo el diagnóstico despues que sobreviene la ulceracion como oscuro é incierto ántes de verificarse esta. El dedo descubre una destruccion absoluta de tejido, y encuentra las paredes de la úlcera profunda y desigual que la produce cubiertas de una masa friable y quebradiza en que el menor contacto provoca la hemorragia. La matriz suele hallarse fija por una inflamacion secundaria, ó un depósito difuso de líquido canceroso, estendiéndose este último á las paredes de la vagina, cerca de su union con el útero. Algunas veces hay una estrechez del recto que llama fuertemente la atencion de la enferma, quien no sospecha enfermedad alguna del útero ó de la vagina.

Es difícil esplicar la particular sensacion que se recibe al examinar un cáncer ulceroso; pero se aprecia fácilmente con el tacto. El médico que examine cuidadosamente un caso y note el borde duro y resistente, y la superficie fácil de lacerar, con tendencia marcada á desmoronarse y dar sangre, rara vez dejará de reconocer otro.

Sin embargo, cuando pueda hacerse sin causar una hemorragia abundante, será conveniente en todos los casos, y en algunos esencial, desprender una pequeña porcion del material canceroso con objeto de examinarlo con el microscopio. Pero, se preguntará naturalmente ¿cuáles son las señales microscópicas del cáncer? Este es un punto que no puedo pasar por alto, aunque me veo precisado á discutirlo en breves líneas, presentando sucintamente los conocimientos actuales de los patólogos acerca de él, lo cual se verifica con mayor facilidad por medio de una serie de proposiciones.

1ª. No hay ninguna célula tipo cancerosa, por cuyo medio, aislada de la sustancia que la rodea, y estudiada como entidad, se pueda determinar la naturaleza de un tumor.

2ª. Existen ciertas combinaciones de células, alvéolos, y estroma, por cuyo exámen se podrá determinar el carácter benigno ó maligno de la escrecencia.

3ª. Esta combinacion, en términos generales, consiste en un estroma fibroso que contiene espacios alveolares ovoídeos, llenos de masas de células con núcleos grandes, únicos ó múltiples, presentando el conjunto mas ó ménos semejanza con el epitelio.

Diagnóstico diferencial.—Teóricamente pudiera suponerse que es tan simple el diagnóstico de un cáncer ulceroso que apénas sería posible equivocarse al diferenciarlo; pero en efecto nada hay mas posible. Es verdad que al diagnosticador esperto no le será generalmente difícil formar una deduccion exacta; pero en ninguna otra enfermedad de los órganos genitales de la mujer, esceptuando la pelvi-peritonitis, está el médico jóven ó inesperto mas espuesto á cometer errores de diagnóstico que en esta. Puede confundirse con—

Renversamiento del cuello por rasgadura;
Hipertrofia papilar del cuello (ulceracion de cresta de gallo);
Pólipo fibroso en estado de disgregacion;
Fibroides uterinos;
Úlcera sifilítica;
Hiperplasia areolar del cuello, con metrorragia;
Sarcoma del útero.

La observacion cuidadosa de la marcha del caso, el grado de alteracion constitucional, los resultados del exámen microscópico y el desarrollo de la tendencia á reproducirse despues de estirpado, servirán para diferenciar el cáncer de las afecciones que se acaban de enumerar; pero formar un dictámen absoluto no siempre es cosa fácil, ni aun practicable, sin dilacion. La exactitud del diagnóstico sólo se logra mediante una investigacion escrupulosa, un exámen atento, y el tiempo, que en los mas casos desvanece toda duda. Téngase presente que el diagnosticador que base su parecer en la sensacion de endurecimiento y resistencia del cuello, por muy esperto que sea, va corriendo gran riesgo de equivocarse; y tambien que se han observado úlceras sifilíticas que estendiéndose á la vejiga y al recto, han producido en la vagina un estado de cosas muy análogo al que resulta del carcinoma.

Pronóstico.—El pronóstico es desfavorable en sumo grado, no sólo por ser la afeccion cancerosa, sino porque la forma que suele atacar al útero pertenece á la variedad mas peligrosa y de marcha mas rápida. "El carcinoma medular, dice Rokitansky, es el mas agudo de todos los cánceres en su desarrollo y marcha."

La duracion de la enfermedad es en algunos casos de tres á seis meses, y en otros tal vez de cinco, seis ó siete años. La naturaleza del mal inicial debe regir en alto grado el pronóstico; la marcha del carcinoma verdadero que desde el principio interesa profundamente el parénquima subyacente, es mas rápida que la del epitelioma, que muchas veces se circunscribe á la superficie. Por el cuadro que sigue se deducirá la esperiencia general respecto de la duracion del cáncer de la matriz.

La duracion media,	segun	Simpson,	es de	2 á $2\frac{1}{2}$ años.	
"	"	" Lebert,	"	16 meses, mas ó ménos.	
"	"	" West,	"	15 " " "	
"	"	" Barker,	"	3 años y 8 meses.	

El cáncer del útero, abandonado á sí mismo, termina con bastante frecuencia en la muerte, aunque se admite la *posibilidad* de que la masa se elimine por un trabajo necrósico, sanando la superficie afecta, y restableciéndose la salud de la enferma. Este hecho, por estraño que parezca al acostumbrado á considerar aun mas peligrosa la afeccion, ha sido observado por Scanzoni, Rokitansky, Kiwisch, Virchow, y Klob. "Los casos de cáncer uterino curados espontáneamente, dice Rokitansky,[1] son rarísimos, pero ocurren;" y Klob[2] añade: "En oposicion á los fenómenos mencionados que conducen inevitablemente á la muerte, es interesante la posibilidad generalmente admitida de la curacion espontánea del cáncer uterino." Téngase presente que estos autores hacen la distincion entre el cáncer y el cancroide, y que al espresarse así se refieren al primero.

En tales circunstancias se desprende ordinariamente toda la porcion vaginal del cuello, viniendo el orificio interno á hacer las veces del esterno. Los casos de verdaderos carcinomas en que ha ocurrido una curacion espontánea, son tan raros é interesantes que no puedo ménos de remitir al lector á la historia de uno, publicada por el Profesor Habit, de Viena, en el *Year-Book* de la Sociedad de Sydenham, en el tomo correspondiente al año de 1864, y página 401.

Cuando ocurre la muerte, que es la terminacion casi inevitable del cáncer, es generalmente debida á la hemorragia, á una fiebre irritativa que reviste una forma tifoídea, á la septicemia, anemia, ó alguna ó varias de las numerosas complicaciones que á continuacion se enumeran.

Complicaciones.—Las siguientes son las que con mayor frecuencia acompañan al mal:

Septicemia por la absorcion de flúido pútrido;
Inflamacion del tejido celular;
Hidronefrosis;
Peritonitis;

[1] Ob. cit., t. ii, p. 228.

[2] Ob. cit., p. 203.

Tétanos;
Flebitis;
Embolía;
Cáncer de las glándulas linfáticas ó de otros órganos.

Beatty, Cruveilhier, y otros, han indicado que en casos raros la degeneracion cancerosa obstruye los uréteres produciendo de esa manera el envenenamiento urémico. El Dr. Teófilo Parvin refiere un caso de esta naturaleza en que durante una semana la orina no descendió á la vejiga, manifestándose síntomas urémicos acentuados.

Parte invadida de la matriz.—El cáncer ataca al cuello del útero con mucha mas frecuencia que al cuerpo, aunque algunos autores, con los que estoy enteramente de acuerdo, consideran que el cáncer del cuerpo es mucho mas comun de lo que generalmente se cree.

El cáncer del cuerpo de la matriz, si bien ha llamado muy poco la atencion, no es muy raro, habiéndolo observado el Dr. West dos veces en 120 casos de enfermedad maligna del útero. Sir James Simpson cree que lo hay en dos casos de cada treinta.

La oscuridad en el diagnóstico es el rasgo mas característico de la enfermedad, cuando se desarrolla en este sitio. Por mucho tiempo, y acaso durante toda la marcha del caso, los síntomas que escitan sospechas son la hemorragia uterina y los flujos fétidos; estos á su vez hacen que sea necesaria una esploracion mas detenida y completa; estableciéndose finalmente el diagnóstico por la separacion con la cuchareta y el exámen microscópico de una parte del tejido morboso.

El escirro, tan poco frecuente que aun niegan algunos su existencia en el cuello, jamas ataca al cuerpo, y tan rara vez se presenta en este punto el cáncer encefaloídeo, que en sentir de ciertos patólogos no hay un solo caso que no deje lugar á dudas, declarando que los casos que se han supuesto ser de esa afeccion lo eran realmente de tuberculosis, sarcomas, ó escrecencias fibroídeas en disgregacion. La enfermedad maligna, cuando se origina en la cavidad, reviste la forma de epitelioma.

Rasgos peculiares del cáncer del cuerpo.—Los síntomas que acusan la afeccion en este sitio son:

La hemorragia, especialmente cuando se presenta despues de la menopáusis;
Depresion de las fuerzas vitales;
Apariencia caquética;
Flujo fétido;
Dolores intensos y lancinantes.

Habiendo inducido á examinar el útero los precedentes síntomas, es probable que puedan apreciarse los siguientes signos físicos:

La palpacion combinada con el tacto revelará al cuerpo uterino aumentado de volúmen y endurecido;

El estilete uterino indicará aumento de capacidad del órgano;
El empleo del estilete causará una hemorragia abundante;
Tenesmo uterino[1] y dilatacion del cuello;
El dedo introducido en la cavidad se pone en contacto con una escrecencia intra-uterina de carácter particular;
El microscopio demuestra evidencias de cáncer.

Distincion del cáncer del cuerpo.—Cuando se estudian y consideran con cuidado los signos racionales y físicos que acaban de enumerarse, puede establecerse un diagnóstico muy probable. Los médicos que no se han familiarizado con la materia, ó que confían demasiado en uno ó dos de los signos ó síntomas aludidos, se equivocan con frecuencia al diagnosticar esta enfermedad. Cada una de las condiciones que siguen han sido tomadas por cáncer del cuerpo de la matriz, dando lugar algunas de ellas repetidas veces á diagnósticos erróneos.

Fibroide necrosado;
Placenta retenida tres meses;
Esponja dejada casualmente en el útero;
Enfermedad sifilítica de los huesos de la pélvis;
Peritonitis, ó celulitis peri-uterina;
Degeneracion quística del córion (hidátides);
Tumores fibroídeos, ó pólipos;
Fístula éntero-vaginal;
Vegetaciones intra-uterinas.

No me parece necesario entrar en detalles respecto de los medios precisos para diferenciar estas afecciones del cáncer, limitándome á decir, que si, despues de una investigacion escrupulosa por todos los medios recomendados, todavía existieren dudas respecto de la naturaleza del caso, debe estraerse una pequeña parte de la masa para examinarla con el microscopio, con lo cual se adelantará mucho y probablemente quedará decidida la cuestion.[2]

De tres modos puede obtenerse una porcion de la escrecencia cancerosa intra-uterina. El mas sencillo, y por consiguiente el mejor, es introducir un cáteter de plata, darle dos ó tres vueltas, estraerlo, y en seguida soplando por el pabellon se obtiene generalmente un fragmento de la escrecencia bastante grande para examinarlo, pues estas masas son por lo comun muy friables. Si de este modo no llega á estraerse nada, puede introducirse suavemente una cuchareta en el útero, usando

[1] Courty, ob. cit., p. 580.

[2] Cuando haya que remitir estos fragmentos de un punto á otro para que sean examinados microscópicamente, se conservarán mejor en glicerina desleida en agua. El alcohol, el ácido fénico, y otros líquidos análogos contraen y endurecen la estructura de manera que es imposible examinarla.

de mayor fuerza para separar una porcion; y si aun este método fracasare, se ensanchará el orificio por los dilatadores ordinarios, y se tomará la muestra que se desee, bien valiéndose del dedo, bien de una cuchareta de alambre, ó de unas tijeras largas.

Tratamiento.—Las indicaciones del tratamiento son las que siguen:

Amputar ó destruir tan completamente como sea posible la parte lesionada;
Contener la hemorragia;
Aliviar el dolor;
Asegurar el aseo perfecto, y corregir la fetidez;
Sostener las fuerzas generales.

Muchas de las complicaciones del cáncer uterino presentan el carácter mas grave, á la vez que se encuentran por completo fuera de los recursos del arte; pero cierto número de ellas que acabarían por ser funestas si no se las evitase ó contuviese, están por algun tiempo bajo el dominio del médico. Como ejemplos de estas pueden mencionarse la septicemia la hemorragia, el aniquilamiento de las fuerzas á causa del dolor, la leucorrea icorosa, la hidrorrea, la escesiva debilidad constitucional producida por la condicion viciada de la sangre, y por último, aunque no es la de menor importancia, la depresion intensa de ánimo que es efecto de la pérdida de la última esperanza de la desdichada enferma.

La ablacion ó la destruccion de la escrecencia es el plan por el cual puede aliviarse el mayor número de dichas complicaciones; pero ningun método es tan desacertado con respecto á esta afeccion como la práctica basada en la idea de que la existencia de un cáncer en el útero exige un procedimiento quirúrgico. El mismo razonamiento que se aplica á las enfermedades malignas de otras partes del cuerpo es aplicable á esta, recurriéndose á la cirujía sólo cuando se encuentre convencido el facultativo de que la intervencion quirúrgica ha de producir alivio indudable á la enferma. La oportunidad de la amputacion completa del cuello es incuestionable cuando se ha descubierto á tiempo el mal y establecido un diagnóstico positivo. El procedimiento operatorio podrá efectuar la curacion cuando el tumor es un epitelioma; pero generalmente no tendrá buen éxito, en el caso de cáncer escirroso ó encefaloídeo, aunque tampoco es probable precipite el desenlace funesto.

La gran mayoría de los casos de cáncer uterino se observan tan tarde, que los procedimientos operatorios, resultan por necesidad nulos en cuanto á la curacion de la enfermedad, aunque son con frecuencia de grande utilidad y se acude á ellos para aliviar ciertos síntomas, y prolongar de este modo la vida. La amputacion del cuello se practicará sin pérdida de tiempo si de este modo se hiciere desaparecer todo el tejido morboso, pues así podrá verificarse una curacion absoluta. La

cauterizacion galvánica es incomparablemente el método mejor y mas seguro para efectuar dicha operacion y al que siempre debe recurrirse, á ménos que razones muy apremiantes indiquen el uso del *é raseur* ó de las tijeras. En el dia es fácil, y así se hace por lo general, enviar á las enfermas á las grandes ciudades, donde puede ponerse el instrumento á la disposicion aun de las mas indigentes ; y el que, en vez de hacerlo así, practica la operacion por otros métodos, debiera reflexionar que disminuye incuestionablemente las probabilidades de vida de su paciente. Yo he practicado mas de veinte amputaciones por la cauterizacion galvánica en casos de enfermedades malignas, sin que ninguna haya tenido un desenlace desgraciado; y el Dr. John Byrne,[1] que ha empleado este método con mas frecuencia que yo, y que ningun otro operador que yo sepa, lo recomienda instantemente. "Parece, dice, que no sólo quedan perfectamente cerrados los vasos sanguíneos, sino tambien los linfáticos, y por esto no sobrevienen complicaciones inflamatorias ni hematóxicas." No me atrevo á decir si es exacta esta esplicacion de la inocuidad del gálvano-cauterio, pero sí puedo corroborar las afirmaciones del Dr. Byrne, respecto á no presentarse despues de haberlo usado los resultados secundarios que suceden frecuentemente á los otros métodos. No deja de ser sorprendente observar cuán poca escitacion constitucional se manifiesta despues de separado el cuello por este medio.

La amputacion, para que sea eficaz, deberá ser completa, bien ejerciendo una traccion firme y estirando los tejidos que sobresalen del cuello ántes de la aplicacion del alambre, de manera que la parte que queda represente un cono con el vértice hácia el fondo ; ó bien estirpando primero el cuello con el alambre, y agarrando despues el muñon y separando con el cuchillo-cauterio tanto como sea practicable del tejido del útero. Esta operacion se describirá por estenso al tratar de la Amputacion del Cuello, y sería una repeticion detenerse aquí para esplicarla mas.

Aunque el cáncer uterino no es en sí mas maligno que el de otras partes, como por ejemplo el de las mamas, su ablacion completa es mucho mas difícil por que generalmente se nota su presencia mas tarde en el curso de la enfermedad, cuando ha invadido ya capas mas profundas del parénquima é interesado mas los órganos vecinos. No dejará de ser interesante citar aquí un cuadro de Mr. Birkett[2] que demuestra los resultados de la estirpacion de las mamas, con referencia á la prolongacion de la vida, en 150 mujeres atacadas de cáncer en dichos órganos.

De las 150 pacientes operadas

[1] Clin. Notes on Electric Cautery in Uterine Surgery. Nueva York, Wm. Wood & Co., 1873.

[1] Graily Hewitt, ob. cit.

8	sobrevivieron	ménos	de	1	año.	2	sobrevivieron	mas	de	10	años.
24	"	mas	"	1	"	1	sobrevivió	"	"	11	"
38	"	"	"	2	años.	1	"	"	"	12	"
17	"	"	"	3	"	1	"	"	"	13	"
21	"	"	"	4	"	2	sobrevivieron	"	"	14	"
7	"	"	"	5	"	1	sobrevivió	"	"	15	"
5	"	"	"	6	"	1	"	como		23	"
10	"	"	"	7	"	1	"	"		29	"
4	"	"	"	8	"	1	"	"		32	"
4	"	"	"	9	"						

Pero supongamos que, como con tanta frecuencia acontece, no pueda separarse por la amputacion toda la parte lesionada, ¿es mejor en tal caso dejar que la enfermedad progrese sin mas intervencion que la necesaria para asegurar el aseo, ó destruir cuanto sea posible de la parte enferma con la esperanza de prolongar de ese modo la vida? Esta cuestion es importantísima, y puedo asegurar que á menudo observo casos semejantes tratados inútil y perniciosamente por una "cirujía oficiosa." Por otra parte, es indudable que la estirpacion ó destruccion de las superficies cancerosas, alivia muchas veces por algun tiempo muchos síntomas de los que aniquilan á la enferma, y la llevan gradualmente á la muerte. La mejor respuesta que puedo dar á la pregunta que se acaba de proponer es, que deberá evitarse todo procedimiento operatorio, si la enfermedad ha progresado mucho, invadido la vagina, los tejidos profundos de la pélvis, el recto, ó la vejiga, y si el estado de la enferma es tan lastimoso como lo es comunmente en semejantes circunstancias; si la enfermedad ha progresado tanto que la estirpacion completa por la amputacion sea imposible, y las fuerzas de la paciente no estén enteramente postradas, deberá destruirse todo cuanto se pueda de la superficie dañada, valiéndose de algun procedimiento no muy peligroso, con la esperanza de disminuir todos los flujos uterinos, y retardar el momento de la muerte.

La destruccion del tejido se consigue mejor por medio de un ácido potente; con la cuchilla gálvano-cáustica ó tallo cauterizante; separando las superficies por medio del tenáculo y las tijeras, ó con una cuchareta cortante; ó bien cauterizándolas con el cauterio de gas, ó la potasa cáustica.

El método mas facil y eficaz, para el facultativo que practica léjos de una ciudad grande, es la aplicacion repetida del ácido azóico concentrado. Para aplicarlo se espone el cuello á la vista con un spéculum grande de vidrio, que se empuja con bastante fuerza contra el punto de union vaginal, á fin de impedir el escape del líquido á la vagina; en seguida se lava el cuello con un chorro de agua fria arrojado por una jeringa, se seca bien con hilas, ó pedacitos de esponja, y se aplica el ácido á toda la superficie enferma por medio de un pequeño tubo de vidrio; concluida la aplicacion, se baña de nuevo con un chorro de agua fria el cuello, envolviéndolo en una capa espesa de algodon empa-

pada en glicerina. Esto produce una escara considerable que destruye muchos de los vasos sanguíneos de que proviene la hemorragia. Yo considero que este es el mejor método para lograr la destruccion parcial de un cuello atacado de cáncer, y en la actualidad lo aplico frecuentemente con escelentes resultados. El tratamiento que acaba de describirse puede repetirse cada dos ó tres meses, y no deja de ser curioso observar cómo lo desean las enfermas. Puedo corroborar por completo la asercion del Dr. Churchill, que se espresa de esta manera sobre el uso del ácido azóico fuerte como cáustico: "He observado que alivia el dolor, contiene la hemorragia, y refrena los flujos. En un caso, desahuciado cuando ví á la enferma por primera vez, el uso de este tratamiento prolongó tres años su vida."

Por medio del tenáculo y de las tijeras se cortará toda la parte de tejido que sea posible, sin producir una gran hemorragia, y si ocurriere esta, se la contendrá aplicando inmediatamente una disolucion floja de persulfato de hierro seguida por el taponamiento de la vagina. Antes de recurrir á este plan, conviene emplear durante una semana tapones de algodon empapados en glicerina, á fin de desengurgitar los tejidos que hayan de cortarse y conseguir el aseo completo. Al sacar el tapon los tejidos tratados de este modo parecen anémicos, y pueden estirparse con ménos hemorragia que cuando no se ha tomado dicha precaucion.

El método de cortar estas escrecencias con la cuchareta fué practicado primero por Simon, quien emplea con tal objeto el instrumento que representa la siguiente lámina.

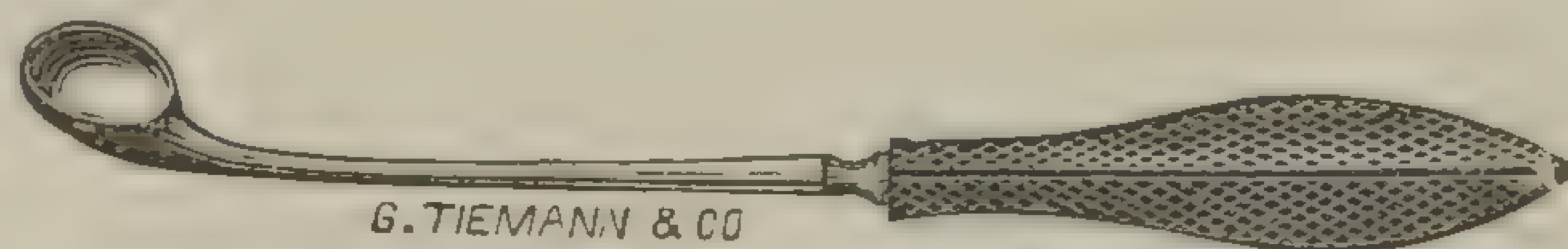


FIG. 161.—Cuchareta de Simon.

El Dr. P. F. Munde[1] describe como sigue este procedimiento: "El objeto es estraer del tejido normal las porciones morbosas por medio de instrumentos cortantes construidos en forma de cuchara, que, superficialmente y en casos de tumores grandes y prominentes, se usan como instrumentos cortantes, pero que sirven simplemente para raspar las úlceras, y tumores mas grandes y profundos y ménos elevados. Con las cucharetas mas grandes se quita la mayor parte de la escrecencia, penetrando con las mas pequeñas en las diversas cavidades y rincones." Esta operacion es generalmente tan poco dolorosa, que no hay que administrar anestésico, y podría combinársela ventajosamente con la aplicacion del ácido azóico.

El cauterio con el gas se hace, valiéndose de un tubo de metal unido á otro de caucho que parte de un depósito de gas de alumbrado; este

[1] Amer. Journ. Obstet., Agosto de 1872.

sale por el estremo del tubo metálico, en muy poca cantidad, produciendo una luz muy pequeña que se pone en contacto con la escrecencia morbosa, á favor de un spéculum doble cuyas paredes se mantienen constantemente bañadas con un chorro de agua fria por medio de una jeringa unida al aparato. La superficie se destruye pronta y completamente por este método, que ofrece ciertas ventajas sobre los otros ; pero es mucho mas difícil de manejar que el hierro calentado al blanco, pudiendo emplearse únicamente con el spéculum doble, pues es tanto el calor que produce, que un solo spéculum pronto quemaría la vagina.

La potasa con cal, compuesta de dos partes de cal y una de potasa cáustica, ó dos partes de esta última y una de la primera, como la usa el Dr. Bennet, es tan preferible á la potasa cáustica pura, que me ocuparé de ella con esclusion del otro escarótico mas potente. Antes se usaba como el cáustico de Viena, hasta que M. Filhos la preparó en forma de barrillas, haciéndola al mismo tiempo mas potente por la combinacion de dos partes de cal viva con una de potasa cáustica, en vez de treinta á cincuenta, que era la proporcion en la pasta de Viena. Despues de introducido un spéculum cilíndrico grande, y de limpiar y secar completamente el cuello, se empuja dentro del orificio con unas pinzas largas un rollito de algodon empapado en vinagre y esprimido hasta quedar casi seco, y se colocan alrededor del cuello, entre este y el borde del instrumento, otros preparados de la misma manera. Esta precaucion se toma para proteger los tejidos que no deben tocarse, pues el ácido acético neutraliza los efectos de la potasa cáustica. En seguida se coloca en un porta-cáustico una barrita del escarótico, que se aplica contra el cuello manteniéndola en contacto con un punto, de cinco á diez segundos, al cabo de los cuales se separa, y se toca con ella otro punto, y así sucesivamente, hasta cauterizar toda la superficie que se desea.

En seguida se baña con un chorro el cuello, empleando para ello la jeringa-spéculum, con una mezcla de agua y vinagre por partes iguales, repitiendo esta operacion varias veces, y ántes de separar el spéculum se aplica sobre el cuello un pedazo de algodon, empapado en el mismo líquido, y amarrado á un hilo para poder sacarlo. Hecho esto, debe la enferma permanecer en perfecto reposo, y se aliviarán prontamente los dolores administrando altas dósis de opio por la boca ó por el recto ; pues á veces sobreviene una peritonitis ó una inflamacion del tejido celular despues de esta operacion, y yo he visto en un caso ocurrir un tétanos mortal. No existe gran peligro de semejantes resultados, pero no es ménos cierto que pueden sobrevenir, por lo cual debe el médico estar apercibido contra la posibilidad. El acto de aplicar este escarótico deberá siempre considerarse y tratarse como una operacion, debiendo comprender la enferma claramente que no es cosa trivial para mirada con indiferencia.

Los medios que destruyen las superficies cancerosas ejercen una influencia marcada en detener la hemorragia. Esta puede además conte-

nerse por el reposo durante la catamenia; las inyecciones astringentes en la vagina; y el uso de los estípticos en supositorios, ó aplicados á la superficie cruenta en planchuelas de algodon. Los astringentes mas á propósito, cuando la enferma emplea la jeringa, son el sulfato de alumbre, las infusiones de tanino ó de corteza de encina, ó una disolucion de persulfato de hierro (de 20 á 30 gotas en 500 gramos de agua). Cuando el mismo facultativo es el que hace la aplicacion, podrá colocar contra el orificio un pedacito de algodon saturado con una disolucion fuerte de alumbre, ó con una parte de persulfato de hierro líquido diluida en dos de glicerina. Al ejecutar lo indicado se evitará, si fuere posible, el uso del spéculum cilíndrico, pues su introduccion siempre tiende á escitar la hemorragia.

Podrá aliviarse el dolor administrando sin restricciones el opio por la boca, el recto, la vagina ó la piel. Yo aconsejo muchas veces á mis pacientes á que se aficionen al uso del opio, para que obtengan el alivio que puede proporcionarles. Pueden ensayarse, en lugar del opio, otros narcóticos, pero ninguno hay que tenga la misma eficacia. El hidrato de cloral en dósis de 1 gramo suele en algunos casos ser muy útil para alternarlo con el opio ó sustituirle: concilía el sueño, calma el dolor, y está exento de los efectos que con frecuencia hacen inconveniente la administracion del opio.

Si el opio produce los resultados de dolor que se observan cuando una idiosincrasia contraindica su empleo, la perseverancia en su uso hace frecuentemente que el organismo llegue á tolerarlo, y en tales casos se obtiene gran alivio por las inyecciones subcutáneas de morfina.

Causa asombro ver las grandes cantidades de opio que pueden consumirse para calmar los dolores del cáncer, no sólo sin peligro, sino con beneficio absoluto. De Pinel se dice que administró á una mujer en *La Charité*, 8 gramos de opio sólido en veinte y cuatro horas; Marc permitió á una paciente que tomase 4 gramos de morfina en el mismo espacio de tiempo; y Monges y La Roche, de Filadelfia, administraron litro y medio de láudano cada veinte y cuatro horas, siguiendo con la misma dósis durante tres meses. El Dr. Knight, de New Haven, tuvo una paciente que en veinte y cuatro horas consumió 12 gramos de morfina, y continuó usándola en cantidades casi tan crecidas como esta por tiempo considerable.[1]

La fetidez de los flujos puede corregirse mucho por medio de inyecciones vaginales que contengan sustancias desinfectantes, siendo muy útiles una disolucion de ácido fénico, (4–8 gramos en 500 de agua.) la solucion de soda de Labarraque en igual proporcion, una locion de 4 gramos de persulfato de hierro en polvo, en 500 de agua, ó una disolucion floja de yoduro de plomo; pero el ácido fénico es de todas estas disoluciones la mas segura y eficaz.

Tratamiento constitucional.—En el tratamiento de condiciones

[1] "Opium and the Opium Habit," por el Dr. Calkin. Lippincott & Co., Filadelfia.

morbosas nada es mas importante para el práctico, que el poder establecer una distincion clara y terminante entre aquellos medios que reparan los estragos de la enfermedad, sostienen y calman el organismo que está bajo sus influencias nocivas, y lo ponen en estado de que la naturaleza pueda luchar por la salud ; y los que curan el mal por alguna influencia específica. La confusion de estas dos ideas ha sido perjudicial, ocasionando una hipermedicacion, y creando conclusiones erróneas con respecto al valor de las medicinas. Desde el nacimiento de Cristo, y pudiéramos decir desde *ántes*, se han preconizado en distintas épocas varios medicamentos como específicos para la cura del cáncer: imposible sería citarlos todos, pero se cuentan entre ellos el mercurio, el yodo, el arsénico, la cicuta, el bromo, el oro, la plata, etc. ; mas el escritor del dia, despues de haber ensayado concienzudamente cada uno de ellos, sólo puede deducir que nos hallamos tan léjos del descubrimiento del remedio para el cáncer como los contemporáneos de Hipócrates.

Las fuerzas generales se sostendrán por el aireo, la residencia en el campo, una alimentacion abundante, los estimulantes alcohólicos, el hierro, y los tónicos amargos; procurando conservar alegre el ánimo rodeando á la enferma de personas joviales, y evitando se asocie con las que la inciten á conversar sobre su padecimiento. Como la digestion es débil, deben darse á la enferma los alimentos que son de mas fácil digestion, y no pocas veces una enferma que se desmejoraría tomando alimentos sólidos y mezclados, mejorará con el uso esclusivo de la leche, caldo de carne, y otras sustancias análogas. Tan observado ha sido este hecho que muchas personas, extrañas á la facultad, han creido que el cáncer se curaba ciñéndose á no tomar otra cosa que leche. El hierro debe administrarse sin limitaciones, para separar los estragos causados en la sangre por las influencias que determinan la caquexia peculiar que acompaña á la enfermedad. La quina surte escelentes efectos como tónico, es un fortificador general, y un remedio contra los dolores neurálgicos, que son muchas veces en estremo molestos.

A continuacion hago un resúmen de los métodos para llenar las indicaciones en el tratamiento del cáncer, aun á riesgo de cansar al lector con repeticiones.

1°. Manténganse limpias las partes, impídase la fetidez, y disminúyase la hemorragia y el dolor por el repetido uso de inyecciones vaginales templadas, de naturaleza antiséptica y astringente, como la que sigue:

℞.	Disolucion saturada de ácido fénico,	℥ ijss,	} =	74 gramos.
	Glicerina, ...	Oj,		500 "
	Sulfato de alumbre, ...	℥ xiv,		470 "
	Sulfato de morfina	gr. xvj,		1 gramo.

Mézclese.—Para usar una cucharada grande en 2 litros de agua templada, y usar la disolucion como inyeccion vaginal mañana y noche, valiéndose de una jeringa de Davidson ó de fuente.

2°. Aliméntese abundantemente á la enferma á intervalos regulares, con sustancias *que pueda apropiarse el sistema*, teniendo presente que la nutricion consiste en introducir materiales nutritivos, no en el estómago solamente, sino en la sangre.

3°. Cierta clase de médicos parece como que obtienen alguna satisfaccion sombría en pronunciar un pronóstico fatal ; esto debe evitarse, dejando que la infeliz paciente goce los "placeres de la esperanza" tanto tiempo como sea posible. El deber del médico no es estarle presentando constantemente el triste cuadro de una muerte pronta y cierta, que él no puede evitar. No se engañará á la enferma, ni es necesario, pues en esta enfermedad siempre sospecha la verdad y no pide informes. A los parientes inmediatos se les pondrá francamente al corriente de los hechos.

4°. Cálmese el dolor por el empleo sistemático del opio ó de uno de sus alcaloides. El plan mas seguro, y muchas veces el mas agradable, es el uso diario, á hora fija, de la jeringuilla hipodérmica.

5°. Cuando sea posible, cauterícese por medio de la electricidad la parte enferma.

6°. Evítese todo procedimiento operatorio, siempre que sea imposible la estirpacion completa y estén interesados la vagina, la vejiga, el recto, ó los tejidos de la pélvis.

7°. Cuando la enfermedad esté circunscrita al útero y no sea posible la ablacion completa, practíquese la destruccion parcial de la escrecencia por el gálvano-cauterio, las tijeras, la cuchareta, ó por el cauterio actual, el gas, el ácido nítrico concentrado, ó la potasa con cal.

CAPÍTULO XXXVI.

ENFERMEDADES QUE PROVIENEN DE LA RETENCION Y ALTERACION DE LAS ENVOLTURAS DEL FETO.

Molas Uterinas.

Definicion.—Por este término se da á entender la existencia en la cavidad de la matriz de una masa carnosa que no puede propiamente clasificarse entre los tumores ó pólipos, y que consiste en la retencion parcial ó completa de las membranas fetales, ó de la placenta.

El nombre de mola no es elegante ni oportuno, pero está sancionado por tantos años de uso que sería difícil cambiarlo, é imposible abandonarlo.

Historia.—La antigua literatura médica abunda en teorías, hipótesis, y casi pudiera decirse fábulas, sobre esta materia; y aunque sería ocioso enumerar las suposiciones estravagantes y sin fundamento que se han hecho acerca de ella, sólo como un ejemplo mencionaré que Aristóteles,[1] Hipócrates, Galeno, y los autores latinos, creían que las molas eran debidas á falta de virtud en el sémen ó á superabundancia de sangre menstrual.

Aun en tiempos mas modernos se encuentra cierta supersticion respecto de esta enfermedad, y Capuron cita el siguiente curiosísimo aserto de Mahon: "Las madres de familia creen que las molas no solamente revisten la forma de ciertos animales, sino que hasta caminan, corren, vuelan, tratan de esconderse, y aun de volver á introducirse en la matriz de que provinieron; y en verdad matarán, si no se les pone obstáculo, á la mujer de quien acaban de estraerse." Levret indicó el hecho de que no son otra cosa que la envoltura del feto retenida, la cual continúa existiendo por haberse establecido un grado lento de nutricion.

Patología.—Cuando el feto llega al útero, está envuelto en sus

[1] Capuron, Mal. des Femmes, p. 268.

membranas propias, el ámnios y el córion, y estas se hallan rodeadas por una prolongacion del hipertrofiado tapiz mucoso del órgano, llamado membrana caduca, ó *decidua reflexa*. La placenta se forma entre el fin del segundo y el del tercer mes, atrofiándose aquellas vellosidades del córion que no toman parte en su desarrollo. Antes de esa época el cascaron fetal es bastante espeso y se encuentra en toda su estension en contacto íntimo con las paredes uterinas.

Muchas influencias adversas pueden destruir la vida del feto, y entónces son espelidos generalmente todos los productos de la concepcion por contraccion uterina ; pero á veces las membranas se adhieren á su insercion, y se sostienen en su lugar en el útero por tiempo indefinido, y organizándose hasta cierto punto por la absorcion de materiales nutritivos de los vasos uterinos, vienen á constituir el estado morboso que nos ocupa. La mola, cuando es espelida del útero, presenta generalmente una forma ovoídea, asemejándose al producto de la concepcion en el segundo mes, aunque se diferencia de este por su color moreno oscuro, y falta aparente de vitalidad.

Causas.—Muchas escrecencias y colecciones intra-uterinas pueden, despues de arrojadas, tomarse por molas : como por ejemplo, masas de sangre coagulada, pólipos, membranas caducas, etc. ; pero es muy dudoso que pueda existir una mola sin ser resultado de la concepcion.

Síntomas.—Los síntomas que se manifiestan ordinariamente son :—

Menorragia ó metrorragia ;
Pesadez y malestar en el hipogastrio ;
Tenesmo uterino ;
Ligero desarreglo constitucional ;
Cesacion de los signos del embarazo.

Signos físicos.—El diagnóstico es muy oscuro, y á menudo incierto, aunque podrá sospecharse una mola cuando todos los signos de preñez cesan repentinamente en una mujer que ántes los manifestara, presentándose en su lugar los que acaban de enumerarse. El tacto vaginal encontrará el útero aumentado de volúmen, y es probable que el estilete uterino nos revele la presencia de algun cuerpo sólido en su cavidad ; pero el carácter de este solamente podrá determinarse cuando se saque y examine con el microscopio un fragmento de la masa. Cuando se sospecha este estado de cosas, se decidirá la cuestion dilatando el cuello y escitando la accion del útero por el cornezuelo de centeno.

Diagnóstico diferencial.—Esta enfermedad puede confundirse con

Un fibroide sub-mucoso ;
Un sarcoma, ó cáncer del cuerpo del útero ;
La subinvolucion.

Introducido el dedo en el útero, el tumor fibroso se presenta generalmente duro, liso, y resistente ; miéntras que la mola es blanda,

esponjosa, y cede á la presion. Esto, sin embargo, puede ser engañoso.

Distinguen al sarcoma y al cáncer la sensacion peculiar que presentan al tacto, sus supuraciones fétidas, la alteracion constitucional que los acompaña, y sus distintivos microscópicos.

En la subinvolucion el exámen revela la vacuidad del útero, manifestándose tambien con frecuencia ese estado morboso despues del parto de término, lo cual rara vez sucede en los casos de molas.

La distincion puede establecerse positivamente sólo de una manera, á saber : dilatando el cuello, y sacando para el exámen microscópico un pequeño fragmento de la masa.

El *pronóstico* es favorable.

Tratamiento.—Este consiste en dilatar completamente el canal del cuello, y tratar de escitar contracciones uterinas por la administracion continuada del cornezuelo de centeno ; si fracasa este plan, se estrae cuidadosamente la masa con una cuchareta uterina grande, ó por la traccion por medio de un fórceps placentario.

Degeneracion Quística del Córion, ó Hidátides Uterinos.

Definicion.—Despues de la muerte ó espulsion del feto, el córion suele permanecer unido á las paredes de la matriz, sufriendo algunas veces una metamórfosis peculiar que ha recibido el nombre con que encabezamos este artículo. Los hidátides verdaderos, quiere decir, los quistes debidos á la presencia del acefalocisto, muy rara vez se observan en el útero, pudiendo apreciarse mejor su estremada rareza en dicho órgano por el hecho de que Rokitansky dice no haberlos encontrado mas que una sola vez. El Dr. Graily Hewitt [1] cree que cuando existen en la cavidad uterina, es probable que hayan sido lanzados al peritoneo por la rotura de un quiste del hígado, abriéndose paso desde allí á traves de la pared del útero. Las vejiguillas en forma de uvas, que componen lo que comunmente se llaman hidátides uterinos, se diferencian de los hidátides verdaderos no tan sólo en que carecen del acefalocisto, sino en su aspecto y desarrollo ; los primeros consisten en vejiguillas dispuestas como si estuviesen ensartadas las unas en las otras ; los últimos son bolsas cerradas, unas dentro de otras.

Sinónimos.—Esta enfermedad ha sido designada con los nombres ya dichos, y con los de mola vesiculosa, para distinguirla de la mola carnosa de que acabamos de tratar, mola hidatídica, y embarazo hidático. En la mayor parte de los libros se habla solamente de ella como una variedad de mola.

Patología.—Cuando quedan las vellosidades del córion, en contacto con las paredes uterinas despues de espulsado el feto, y absorben elementos nutritivos que ya no asimilan, sufren una especie de distension

[1] Ob. cit., p. 75.

hidrópica que origina los cuerpos en forma de uva llamados hidátides.

No es probable que las secundinas puedan sufrir semejante degeneracion despues del fin de tercer mes, pues entónces ya está formada la placenta, las vellosidades que existían en su lugar se vuelven vasculares, y las de otras partes de la bolsa fetal se atrofian. Verdad es que

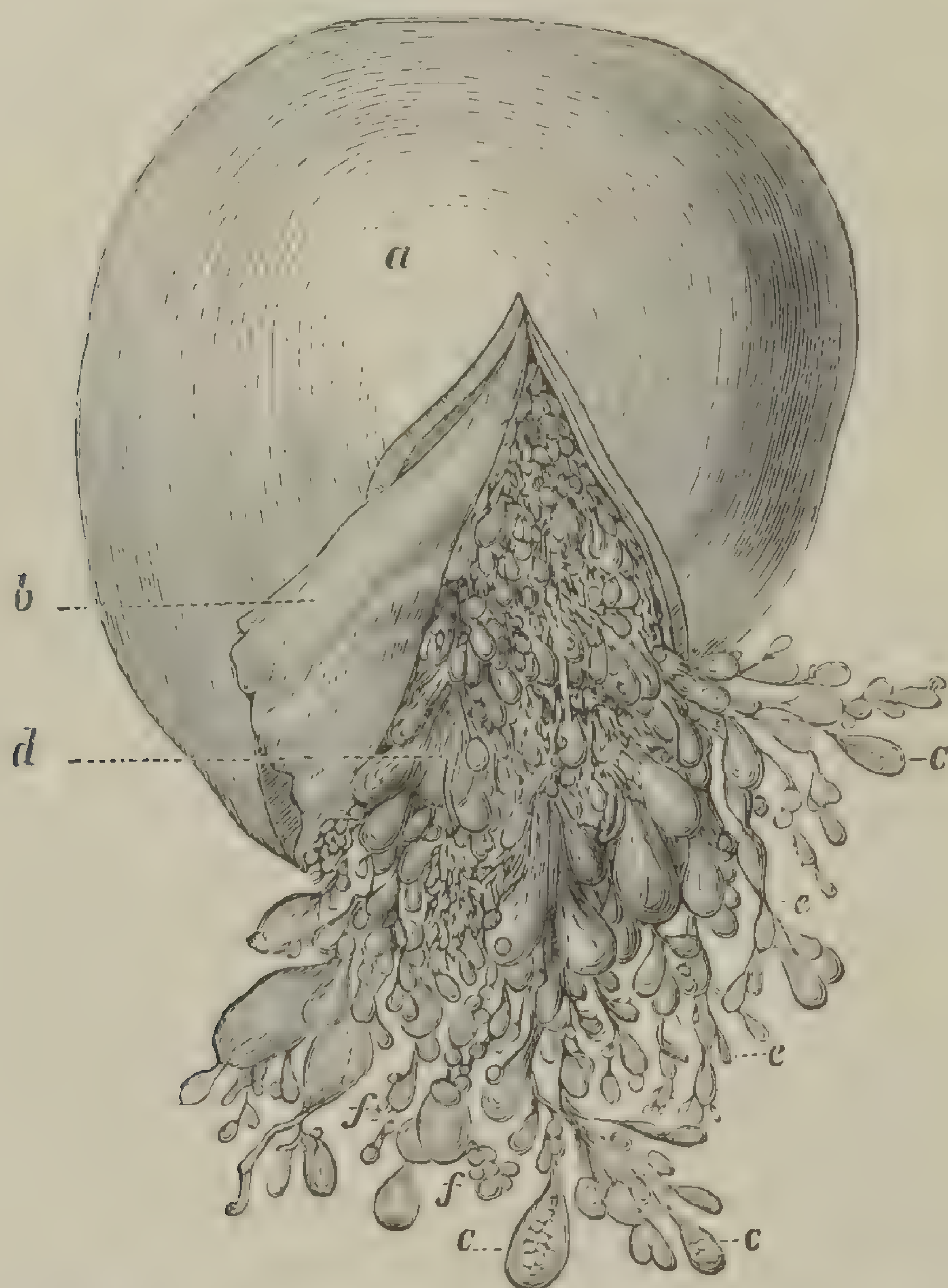


Fig. 162.—Degeneracion quística del córion. (Boivin y Dugès.)

en algunos casos raros se han arrojado masas de estas vejiguillas en un parto á término ; pero en estos es probable que la degeneracion de alguna parte del córion empezara en los comienzos de la concepcion.

Causas.—Son desconocidas las influencias que determinan esta forma de degeneracion en un córion retenido.

Síntomas.—La enfermedad se presenta algunas veces con todos los síntomas de la preñez, entre los cuales es uno de los mas marcados la distension del abdómen ; pero algunos ó todos los fenómenos siguientes harán generalmente sospechar, muy al principio del mal, la existencia de algo anormal :

Náuseas ;
Flujo acuoso, claro ó sanguinolento ;

Hemorragia ;
Tenesmo uterino ;
Perturbacion constitucional;
Espulsion de pequeños quistes.

Signos físicos.—El tacto vaginal acusa que el útero ha aumentado de volúmen, y que el orificio está abierto como si la cavidad del órgano estuviese llena de algo, que la palpacion combinada con el tacto demostrará ser flúido, y no sólido.

El diagnóstico quedará establecido, si, además de estos signos, se averigua la previa espulsion de quistes ; si queda alguna duda, deberá dilatarse el cuello con objeto de reconocer al tacto la cavidad uterina, ó de estraer una parte de la masa para examinarla.

Diagnóstico diferencial.—Puede fácilmente confundirse esta enfermedad con

Preñez ;
Pólipo ;
Sarcoma ó cáncer del cuerpo del útero.

El desarrollo muy rápido del útero, los flujos acuosos y sanguinolentos, y la falta de movimientos y peloteo del feto, como tambien de otros signos del embarazo, distinguen generalmente á la enfermedad que nos ocupa de la gestacion.

Del pólipo puede diferenciarse con facilidad por medio de los dilatadores, de la sonda uterina, y del microscopio.

El sarcoma y el cáncer se reconocerán por el flujo fétido, el gran decaimiento del organismo, y el tamaño del útero que es menor que en un caso de hidátides.

Pronóstico.—Este es muy grave si se trata de hidátides verdaderos debidos á la presencia de acefalocistos ; y favorable en casos de degeneracion quística del córion.

Tratamiento.—El tratamiento del caso consiste, primero, en la dilatacion completa del orificio y el cuello uterino á favor de dilatadores comunes, y despues, si fuere necesario, de los dilatadores hidrostáticos de Molesworth ; y segundo, en la escitacion de las fuerzas espulsivas del útero usando sin restricciones el cornezuelo de centeno. Si esta droga no llegare á producir las contracciones apetecidas, se evacuará la masa introduciendo suavemente en el útero una cuchareta grande, ó la mano si fuere posible ; y si durante la operacion sobreviniere una hemorragia alarmante, se contendrá por el taponamiento y la administracion interna del tanino, ó del ácido sulfúrico.

En el tratamiento de casos tales, no hay verdadera dificultad, sino en el diagnóstico ; una vez establecido este por completo, aquel es bastante simple.

CAPÍTULO XXXVII.

DISMENORREA.

Habiendo llegado al lugar en que mas oportunamente pueden estudiarse las perturbaciones menstruales, empezaremos por aquella cuyo nombre encabeza este capítulo.

El proceso de la menstruacion, mediante el cual la mujer arroja del útero cierta cantidad de sangre una vez cada mes lunar, depende de tres fenómenos íntimamente relacionados entre sí, y que son : 1°, el desprendimiento espontáneo de uno ó mas óvulos de los ovarios ; 2°, la ingurgitacion de la estructura vascular eréctil que rodea y nutre al útero ; y 3°, la rotura de los vasos que nutren la mucosa uterina, acompañada de una esfoliacion rápida de sus células epiteliales. La relacion entre la ovulacion y la catamenia no se había sospechado hasta mencionarla Power en 1821, ni quedó establecida hasta la época de los escritos de Négrier en 1840 ; pero desde entónces las investigaciones de Pouchet, Bischoff, Coste, y Raciborski han convencido á la mayor parte y hecho que dicha teoría se acepte generalmente. Algunos todavía dudan de la relacion entre ámbos fenómenos, pero creo no me falta razon al decir que los que así piensan forman una pequeña minoría, y que en la actualidad la hipótesis de la ovulacion está casi universalmente admitida. Es verdad, que como yo mismo he observado en uno de mis casos de ovariotomía, la menstruacion sobreviene algunas veces despues de estirpados ámbos ovarios, y el Dr. Ritchie[1] ha demostrado que puede ocurrir independientemente de la ovulacion, así como esta ocurre á menudo sin aquella ; pero no podemos detenernos en este momento á examinar los méritos de la estensa discusion de que ha sido objeto la materia,[2] y prefiero evitarla, manifestando la opinion que prevalece en la actualidad y á la cual me adhiero.

Habiendo sentado que la causa determinante de la catamenia es la

[1] Ovarian Physiology and Pathology.

[2] He practicado la ovariotomía doble en cinco casos, cesando la menstruacion en cuatro, y ocurriendo de vez en cuando en uno de ellos una metrostaxis.

espulsion por alguna influencia desconocida de uno ó mas óvulos de los ovarios, nos resta averiguar la manera de verificarse. El útero está rodeado por una red de vasos finos y tortuosos que lo envuelven como una túnica ó capa, estendiéndose por los ligamentos anchos hasta los ovarios, y fuera de esta red vascular se encuentran, rodeando los vasos del útero, ténues fibras musculares que parten del mismo. Cuando el óvulo se acerca á la circunferencia del ovario, el órgano se congestiona á consecuencia de la irritacion, propagándose esta á la capa muscular que envuelve la red de vasos en el útero, y á su alrededor, la que se contrae, é impidiendo el reflujo sanguíneo, ocasiona una ingurgitacion que en la mucosa uterina, y probablemente en la de las trompas, determina una rotura y derrame de sangre en la cavidad de la matriz. Esta ingurgitacion constituye la "ereccion" que menciona Rouget en sus "*Recherches sur les Organes Érectiles de la Femme.*" La sangre que proviene de los vasos desgarrados se acumula en el útero, de donde sale por el cuello á la vagina, y de aquí por la vulva al esterior.

Este proceso, cuando todos los elementos que tienen relacion con él se encuentran en un estado normal perfecto, se ejecuta sin causar mas incomodidad que una sensacion de plenitud en la pélvis, un ligero dolor en la espalda y lomos, y una sensacion general de lasitud. La menstruacion, sin embargo, se vuelve con frecuencia en estremo penosa, minando á veces la salud por la intensidad del sufrimiento que ocasiona, cuando existe alguna condicion anormal, bien en la estructura de que proviene el derrame sanguíneo en el útero, bien en cualquiera de los órganos ó partes adyacentes que se congestionan, bien en el canal por donde pasa á la vagina. A este estado se le ha dado el nombre de dismenorrea, palabra derivada de δυς, (difícil,) μην, (mes,) y ρεω, (yo fluyo.)

Patología.—Cualquiera condicion, sea general ó local, que afecte á la estructura de las paredes del útero, á los ovarios, ó á los tejidos seroso y areolar inmediatos, de modo que imprima una sensibilidad morbosa á los nervios de estas partes, puede producir dolor durante la primera parte del proceso; produciéndolo por estorbo, en el segundo período, todo lo que impida el escape de la sangre del útero, ó de la vagina. Por ejemplo, un estado general que produjese una neuralgia de los nervios uterinos ó de la pélvis, ó una flegmasía local que alterase su condicion, podría fácilmente causar dolor en el primer período, produciéndolo probablemente en el segundo una estrechez natural ó adquirida del cuello.

La dismenorrea es debida por regla general á una ó mas de las tres causas siguientes: 1ª, una alteracion constitucional que empieza comunmente en el sistema nervioso ó en la sangre, y que engendra una tendencia á la neuralgia; 2ª, un estado anormal del útero; ó 3ª, un estado morboso de los ovarios. No es nada probable que pueda sobrevenir esta dolencia á una mujer cuyo útero, ovarios, y sistema nervioso se hallan en estado normal. Todo práctico habrá observado ejemplos nu-

merosos en que cualquiera de las tres influencias enumeradas ha sido suficiente para establecer el mal, y si esto es cierto cuando no existe mas que una de las causas, aun lo es mas si las tres obran combinadas.

En el exámen de todo caso en la práctica, se tendrá presente lo que acabamos de decir, debiendo el descubrimiento de la existencia de una ó mas de esas condiciones como influencias causantes determinar el tratamiento que ha de adoptarse.

Variedades de dismenorrea.—Para facilitar el estudio, puede la dismenorrea dividirse en las variedades siguientes:—

Dismenorrea neurálgica;
Dismenorrea congestiva, ó inflamatoria;
Dismenorrea mecánica, ó por obstruccion;
Dismenorrea membranosa;
Dismenorrea ovárica.

Sitio del dolor en la dismenorrea.—Nuestro conocimiento sobre este asunto está léjos de ser positivo. El útero, los ovarios, el tejido celular ó el peritoneo que rodea á las vísceras pelvianas son probablemente el sitio del dolor en las tres primeras variedades. Algunos de los casos mas graves que he observado se debían á una pelvi-peritonitis, que, aun despues de calmada la accion inflamatoria, había dejado tan sensibles los nervios que se distribuyen en dichas partes, que el proceso de hiperemia menstrual determinaba en ellos el dolor, ó quizás una recrudescencia de la inflamacion, á la que se ha aplicado el nombre de pelviperitonitis menstrual. La localizacion exacta del dolor es con frecuencia en estremo difícil, no pudiendo quizás determinarse su sitio ni aun por el reconocimiento físico durante el período menstrual.

El práctico que crea que la dismenorrea es enfermedad, y adopte un sistema uniforme de tratamiento en todos los casos, rara vez obtendrá buen éxito. Cada caso deberá considerarse como síntoma de una condicion anormal que debe descubrirse y combatirse en cuanto sea posible; y aunque algunos burlan todos los esfuerzos del médico, por mas que observe estas indicaciones, tales casos rara vez se presentan. La gran importancia de diferenciar las variedades mencionadas y de adoptar métodos oportunos de tratamiento exige para cada una de ellas un estudio separado.

Dismenorrea neurálgica.

No depende esta forma de ningun desarreglo orgánico apreciable del útero ó de sus anejos, sino simplemente de un estado peculiar de los nervios que causa dolor, bajo la influencia estimulante de la congestion.

Causas.—Existe un gran número de influencias que alteran á veces tanto el estado normal de los nervios del estómago, que producen en ellos durante la digestion un dolor, que se ha llamado gastralgia ó gastrodinia. Influencias análogas pueden producir una neuralgia de los

nervios del ojo, ó de los que afluyen á los tejidos de la cabeza y de la cara, y afectar de la misma manera á los nervios uterinos siempre y cuando estén inmoderadamente escitados por la congestion menstrual. En la misma paciente en que se desarrolla una neuralgia supra-orbitaria á consecuencia de una escitacion ó fatiga insignificante, se establecerá muchas veces una dismenorrea neurálgica en circunstancias análogas.

Las causas que comunmente la provocan son:

La diátesis neurálgica;
La clorosis ó la plétora;
Ciertos estados de la sangre como los que existen en la infeccion palúdica, la gota, y el reumatismo;
La molicie y hábitos enervantes;
Los vicios que deterioran el sistema nervioso, como el del onanismo, ó el esceso en los placeres sexuales.

Síntomas.—El dolor puede preceder al flujo, desapareciendo tan pronto como este se presenta, ó continuando con mas ó ménos intensidad miéntras dura la menstruacion. La enferma se queja generalmente de un dolor fijo y agudo en la pélvis, los lomos, ó en algun punto distante del cuerpo. Ví una vez á una paciente que en cada período padecía un dolor neurálgico intenso en el borde esterno del dedo meñique, y á otra que esperimentaba, durante varios dias ántes del establecimiento del flujo, un dolor violento en el nacimiento de la nariz.

Diagnóstico diferencial.—La dismenorrea neurálgica se distingue de la mecánica en que el dolor, cuando se siente en el útero, no es de carácter espulsivo; en ser el flujo continuo, sin presentar interrupcion; en no haber espulsion de coágulos por esfuerzos espasmódicos, y en que el exámen físico no revela la presencia de ningun obstáculo.

De la forma congestiva la distingue la ausencia de trastorno constitucional, su presentacion gradual y no súbita, y el hecho de que sobreviene habitual y no escepcionalmente. Puede distinguírsela de la forma inflamatoria por la falta de los signos ordinarios de la endometritis y de los de la flegmasía ovárica y peri-uterina, y tambien por la ausencia, durante el intervalo menstrual, de leucorrea, dolor y los signos físicos de inflamacion.

Pronóstico.—Hay probabilidades de que se mejore siempre que la enferma de dismenorrea neurálgica pueda y quiera efectuar un cambio marcado en sus costumbres, siendo el pronóstico decididamente desfavorable cuando así no lo haga.

Tratamiento.—El primer deber del médico consiste en descubrir la causa del desarrollo de la neuralgia relacionada con las funciones menstruales, y el segundo en hacer que desaparezca. La neuralgia del trigémino es rara vez una dolencia primaria, dependiendo generalmente de algun foco de irritacion como, por ejemplo, un diente afectado de cáries ó una acumulacion de cerúmen endurecido en el oido, ó de alguna in-

toxicacion de la sangre ; y desaparece la enfermedad en cuanto desaparece el motivo. Lo mismo sucede respecto de la que ahora nos ocupa. Si existe diátesis reumática ó gotosa, se administrará el cólchico, el guayaco, y los baños de vapor ; la piel debe conservarse caliente y activa, cubriendo con franela toda la superficie del cuerpo durante el invierno, recomendando en dicha estacion la residencia en un clima templado y uniforme. Cuando la molicie, la indolencia ó la disipacion han engendrado un estado débil del sistema nervioso, debe mandarse á la enferma al campo, donde el aire puro, el ejercicio á caballo, el recogerse temprano, y la alimentacion frugal y nutritiva puedan ejercer una influencia marcadamente alterante. La clorosis y la plétora se combaten, la primera con los tónicos ferruginosos y neurosténicos, el aire libre, los alimentos, y rodeando á la enferma de influencias alegres y agradables ; y la segunda por la dieta rigorosa, las emisiones sanguíneas, los purgantes, y otros medios depletivos. Contra la intoxicacion palúdica se prescribirá el cambio de residencia, la quinina y el hierro. La influencia alterante de un viaje por mar será muchas veces en estremo beneficiosa en casos de dismenorrea neurálgica, cualquiera que sea la causa del estado neurálgico.

Además de la medicacion general indicada, puede obtenerse alivio por el empleo de algunas locales, resultando con frecuencia en estremo útil la introduccion de vez en cuando hasta el fondo de la matriz de una sonda uterina, ó de una algalia de plata, la retencion dentro del órgano del pesario galvánico que describiremos al ocuparnos de la amenorrea, y el uso de los dilatadores de esponja ó de laminaria.

El parto produce á menudo un brillante resultado, curando completamente la dolencia en muchos casos.

Existen además ciertos medicamentos anti-neurálgicos que ejercen una accion mas ó ménos específica en esta forma de dismenorrea, y entre los cuales el mas eficaz es el apiol, un líquido oleoso, amarillento, que se obtiene del *petroselinum sativum* por la accion del alcohol y pasándolo por un filtro de carbon animal. Los señores Goret y Homolle, de Francia, lo preparan en cápsulas gelatinosas que se encuentran de venta en todas las boticas de los Estados Unidos, pudiendo administrarse una cápsula por la mañana y otra por la noche durante la menstruacion. La tintura de cáñamo indiano á dósis de 25 gotas cada cuatro horas cuando el dolor es fuerte y el hidrato de cloral á dósis de 1 gramo, cada ocho horas, tambien producirán alivio. Cuando existe un elemento espasmódico, además del neurálgico, se obtiene con frecuencia gran alivio por el uso de supositorios de manteca de *cacao* que contengan 15 milígramos de estracto de belladona cada uno, y que á lo mas se repetirán cada ocho horas ; y tambien por las inyecciones de asafétida (de 8 á 12 gramos de la tintura en 120 de agua caliente).

Dismenorrea Congestiva ó Inflamatoria.

Definicion.—Durante cada período menstrual sobreviene una congestion activa, no sólo de los ovarios, sino de la mucosa de las trompas y del útero, y probablemente, aunque en grado menor, de todos los tejidos pelvianos; y cuando dicha congestion adquiere gran intensidad, á causa de alguna influencia anormal, produce naturalmente dolor en los nervios que se encuentran entre los vasos distendidos. Esta hiperemia escesiva, que puede provenir ya de una causa mecánica, como la dislocacion del útero, ya de una vital, como el estado peculiar que llamamos inflamacion, da lugar á una forma de menstruacion dolorosa á la que se ha aplicado el nombre de congestiva ó inflamatoria, y el término sinónimo de accidental, para distinguirla de las formas que ocurren habitualmente.

El estado inflamatorio que altera de semejante modo la condicion de los nervios directamente afectados por la ovulacion ó la menstruacion, puede existir en el útero ó á su alrededor, en el peritoneo que lo cubre, en los ligamentos que lo sostienen, ó en el tejido areolar de la pélvis.

Esta forma de dismenorrea es muchas veces causada por la inflamacion de la mucosa uterina. La existencia de enfermedad en dicha parte causa quizás poco dolor, hasta que ocurre el eretismo engendrado por la menstruacion, sobreviniendo entónces una gran escitacion local, y manifestándose la dismenorrea.

Causas.—La dolencia puede provenir de casi toda inflamacion pelviana, ó de cualquiera influencia que exagere y prolongue la hiperemia determinada por la ovulacion. Entre las causas principales pueden mencionarse:

Plétora general;
Esposicion al frio ó á la humedad;
Perturbacion mental súbita;
Inactividad de la circulacion en el sistema de la vena porta;
Dislocaciones de la matriz;
Tumores fibrosos;
Hiperplasia areolar;
Inflamacion de la mucosa uterina;
Inflamacion del tejido celular peri-uterino;
Pelvi-peritonitis.

Algunas de estas causas, aun cuando no determinen una verdadera flegmasía, pueden mantener un estado de hiperemia en los vasos uterinos, que aumentándose durante la catamenia, causa presion sobre los nervios adyacentes, y por consiguiente dolor.

Síntomas.—Una mujer en quien la catamenia nunca había sido dolorosa, se ve de súbito atacada, durante la menstruacion, de un dolor intenso en la pélvis, haciéndose el flujo ménos abundante ó cesando por

completo, y manifestándose un trastorno constitucional considerable. El pulso adquiere volúmen y frecuencia, la piel se presenta seca y caliente, y encendidos los ojos; existe una cefalalgia intensa, acompañada de escitacion nerviosa, desasosiego, y algunas veces, (aunque es raro,) de un poco de delirio; pudiendo además existir un tenesmo rectal ó vesical, y diarrea. Cuando existe una inflamacion local al empezar el flujo, ó ántes de que sobrevenga, la enferma se queja de un dolor sordo, pesado y fijo en la pélvis, que dura hasta terminarse la funcion menstrual, ó aun despues de su cesacion.

Diagnóstico diferencial.—Cuando el ataque es debido á una simple hiperemia, sin inflamacion, el trastorno constitucional y súbita aparicion que lo caracterizan servirán para distinguirlo de las formas neurálgica y mecánica, así como la ausencia de signos de inflamacion en el intervalo, lo diferenciarán de la variedad inflamatoria; distinguiéndose generalmente por el dolor en los intervalos menstruales, la dificultad al andar, el cansancio al ejercitarse, la leucorrea, etc., cuando es debido á la influencia de una inflamacion pelviana.

Pronóstico.—El pronóstico de la enfermedad dependerá del estado que la ocasiona, desapareciendo la dismenorrea, que es uno de sus síntomas, si aquel puede hacerse desaparecer, ó continuando sin disminuir notablemente si no desaparece. Las probabilidades de mejoría no serán naturalmente muchas cuando la causa de los síntomas sea un tumor fibroso, una pelvi-peritonitis, ó inflamacion del tejido celular periuterino, ó aun una dislocacion uterina irremediable.

Tratamiento.—Lo mismo que en la forma neurálgica, debe indagarse cuidadosamente el orígen del mal ántes de adoptar una medicacion especial. Las emisiones sanguíneas, purgantes, dieta rigorosa, ejercicio, y aire puro, están indicados cuando aquel es debido á la plétora; obteniéndose pronto alivio merced á la administracion de los opiados, los diaforéticos, y los sedantes cuando el ataque es accidental y efecto del frio y de la humedad. Si la circulacion en el sistema de la vena porta es inactiva, debe estimularse con los purgantes mercuriales, y sustituyendo las costumbres sedentarias con hábitos de actividad. Cuando está el útero dislocado, se mantiene frecuentemente en un estado constante de hiperemia que puede aliviarse sólo sosteniendo al órgano de la manera debida. Segun mi esperiencia, esta es la causa mas constante de todas de la dismenorrea congestiva, que es producida algunas veces por una ligera retroversion ó anteversion, y otras por un prolapso directo. En muchos de estos casos, el médico, al reconocer el vicio de posicion, apénas lo considera bastante á producir la enfermedad; pero desaparece toda duda desde luego, al verse el alivio completo que se obtiene reduciendo el órgano, y quitándole todo peso que sobre él tenga por medio de un suspensor de faldas, y de una almohadilla abdominal. Cuando la causa es un tumor fibroso la curacion dependerá de la posibilidad de estirparlo.

Si la causa fuere alguna flegmasía local, se someterá al tratamiento esta, y no ninguno de sus numerosos resultados.

Dismenorrea por Obstruccion, ó Mecánica.

Si una vez acumulada en el útero la sangre, existe un obstáculo que se oponga á su escape á la vagina y salida de este conducto, sobreviene un dolor espasmódico violento que reviste á menudo el carácter de tenesmo uterino. A esta forma de menstruacion dolorosa es á la que se ha dado el nombre de dismenorrea por obstruccion. El orificio ó el cuello uterino, la vagina, ó la vulva, en el punto en que el hímen cierra parcialmente aquel conducto, pueden ser asiento de la obstruccion.

Patología.—La distension escesiva de un órgano, como, por ejemplo, el estómago, la vejiga ó el intestino grueso, por algun líquido encerrado en su cavidad, determina contracciones violentas de las fibras distendidas que forman sus paredes, estableciéndose esfuerzos espasmódicos que han recibido el nombre de tenesmo. Si estos determinan la evacuacion, hay alivio ; si no, continúan las contracciones por mucho tiempo. Cuando ocurren en el útero, presentan los fenómenos característicos de la enfermedad que nos ocupa.

Causas.—Las causas especiales de semejante obstáculo son :

Contraccion congénita ó adquirida del canal del cuello;
Flexion ó version del útero;
Estrechez de la vagina;
Pólipo pequeño en el útero;
Hímen obturador;
Fibroide en el parénquima cervical.

Cualquiera de estas puede producir dicho mal, cerrando en parte el canal cervical, hasta el punto de no dejar salir la sangre, sino imperfectamente y con dolores. La contraccion del cuello puede ser congénita, ó resultado de una inflamacion de la membrana mucosa del canal, de la disminucion en su calibre por la contraccion de linfa exudada en el parénquima, ó del uso de escaróticos potentes en la cavidad cervical. La última causa es fecunda, por que rara vez deja de producir el mal la aplicacion del cauterio actual ó de la potasa cáustica en el interior del cuello. La flexion obstruye el canal, por cuanto forma un ángulo en su curso. La encorvadura ligera de un tubo de caucho no origina el menor obstáculo, pero si se le dobla sobre sí mismo, la oclusion será completa. Las versiones son causas muy poco frecuentes de la dificultad, aunque algunas veces la compresion firme del cuello contra una de las paredes de la vagina da lugar á una oclusion parcial.

Una jóven que se presentó hace algun tiempo en mi clínica, en el *College of Physicians and Surgeons*, me dijo que cada aparicion de sus reglas se presentaba acompañada de un dolor espulsivo muy intenso que

la debilitaba mucho. Al examinarla encontré que la vagina estaba parcialmente cerrada, á consecuencia de una necrosis en una fiebre tifoídea, que había producido una acumulacion de sangre encima de ella. La acumulacion de la sangre escitaba contracciones del útero, causando cada esfuerzo la espulsion de una pequeña cantidad del líquido acumulado encima de la estrechez. El hímen puede de la misma manera oponerse á la libre salida de la sangre y producir el tenesmo uterino.

Algunas veces un pólipo pequeño desciende sobre el orificio interno en que descansa, obstruyendo la salida del flúido, aunque permite la introduccion de una sonda en la cavidad uterina; es decir, que obra como una válvula de globo, y por esta razon produce las fases mas graves de la dismenorrea mecánica.

Síntomas.—Cuando la menstruacion ha durado ya algunas horas y el útero contiene una cantidad de sangre suficiente para distenderlo, sobreviene un dolor espasmódico en la pélvis llamado "cólico uterino." Este se convierte rápidamente en un esfuerzo espulsivo violento semejante á las contracciones que acompañan al aborto, y con el tiempo causa la salida de una pequeña cantidad de sangre, despues de lo cual el dolor cesa hasta que sobrevienen de nuevo la distension y el obstáculo, repitiéndose entónces el proceso mediante el cual se evacúa el útero.

Al observador no le será difícil comprender que la dificultad se desarrolla como sigue:

1°. Algun obstáculo causa la acumulacion de la sangre en el útero;

2°. Esto distiende el útero y escita su contraccion;

3°. La contraccion, aunque en un grado limitado, evacúa el útero aliviando á la paciente.

Tal es la patología del mal, ya exista el obstáculo en la vagina, ya en la vulva, ya en el canal cervical. Cuando existe en este último punto, los esfuerzos del útero arrojarán generalmente, primero un coágulo pequeño, y despues un chorro de la sangre retenida, con gran alivio de la enferma.

Diagnóstico diferencial.—Los síntomas que acaban de mencionarse son tan marcados y claros, que por lo general será poco difícil determinar la patología del caso, aunque la materia deberá decidirse positivamente sin ningun género de duda por el reconocimiento físico, ántes de formar conclusion definitiva. La oclusion absoluta debe de quedar necesariamente demostrada por la dificultad de introducir una sonda en la cavidad de la matriz. Si existe el obstáculo en la vagina, se descubrirá con el dedo; y si en el cuello, con el estilete, con casi igual seguridad.

Pronóstico.—Este depende enteramente de nuestra posibilidad de vencer el obstáculo mecánico. Si no fuere posible hacerlo desaparecer, la distension constantemente repetida de la cavidad uterina y el consiguiente esfuerzo para evacuarla originarán con frecuencia una flegmasía de la mucosa.

Tratamiento de la estrechez del cuello.—Cuando el obstáculo depen-

de de la constriccion congénita ó adquirida del canal cervical, la estrechez podrá remediarse de dos maneras, á saber : la dilatacion, y la incision, que se verificarán por los medios que presentamos brevemente á continuacion:

La *dilatacion* se efectúa por medio de
Las sondas;
Los dilatadores;
Instrumentos que dilatan forzosamente el canal.

La *incision* se efectúa por
El método de Simpson;
El método de Sims;
El método mixto.

La estrechez del canal, cuando no la complica la flexion, está mucho mas marcada en el orificio esterno que en ninguna otra parte, aunque algunas veces puede estenderse hasta llegar al orificio interno.

El Dr. Mackintosh, de Edimburgo, estableció en 1832 la práctica de dilatar el canal uterino por medio de tallos metálicos, como se ejecuta en las estrecheces de la uretra. Su plan consistía en introducir una sonda muy pequeña, dejarla allí colocada poco tiempo, siguiendo despues haciendo lo mismo con otras cuyo calibre aumentaba gradualmente. Asegura que de 27 casos tratados por este método, 24 se curaron. Las mejores bugías para efectuar la dilatacion son las de metal, graduadas de tres ó cuatro tamaños, siendo muy convenientes las de Kammerer. La dilatacion por este método debe verificarse lenta y cautelosamente, introduciendo una sonda que se deja permanecer en el canal durante algunos minutos, y despues de estraida, otra, hasta efectuar el grado de distension que se considere practicable en una sesion. No cabe duda respecto de la eficacia de este plan, aunque probablemente algunos de los casos curados por el Dr. Mackintosh lo eran de dismenorrea neurálgica, y no mecánica.

Por el uso de los dilatadores de esponja ó de laminaria puede obtenerse igual resultado; pero ántes de emplearlos deberá tenerse en cuenta el peligro que los acompaña.

La dilatacion forzada de la estrechez es otro método que se ha adop-

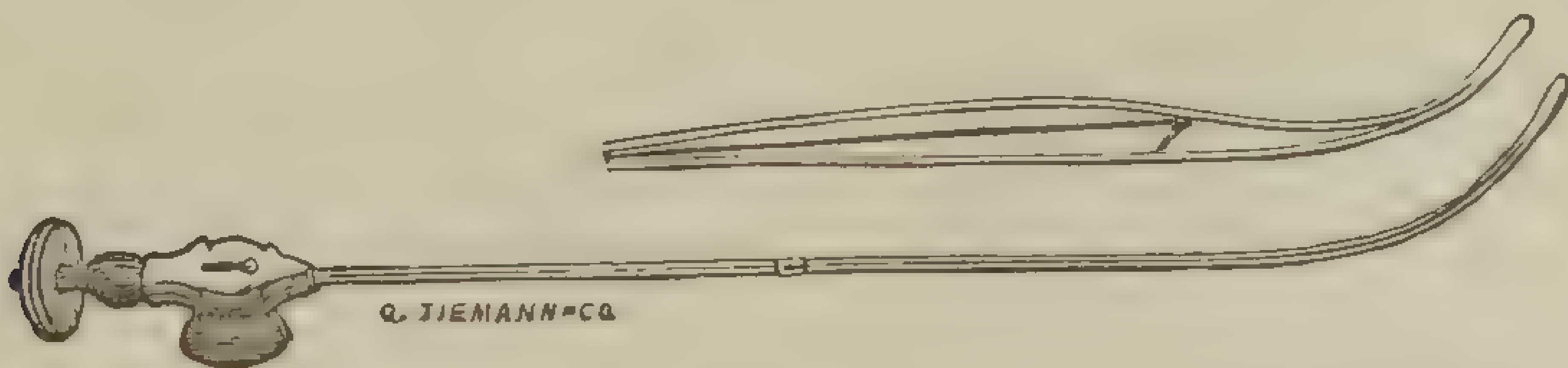


Fig. 163.—Dilatador de Priestly para el cuello uterino.

tado ventajosamente en muchos casos, y el instrumento que representa la Fig. 163 es uno de los mejores para verificarla. Tambien se ha empleado con este objeto una modificacion del dilatador de estrecheces de

Holt; pero estos instrumentos obran con demasiada violencia sobre los tejidos para que dejen de ser peligrosos, y no prometen tan brillantes resultados como los cortantes.

El Profesor Simpson, de Edimburgo, practicó en 1843, la incision de las paredes del cuello como método por el cual se ganaba espacio sin recurrir á la dilatacion, y la lámina que sigue representa el histerótomo de una sola hoja de que se sirvió.

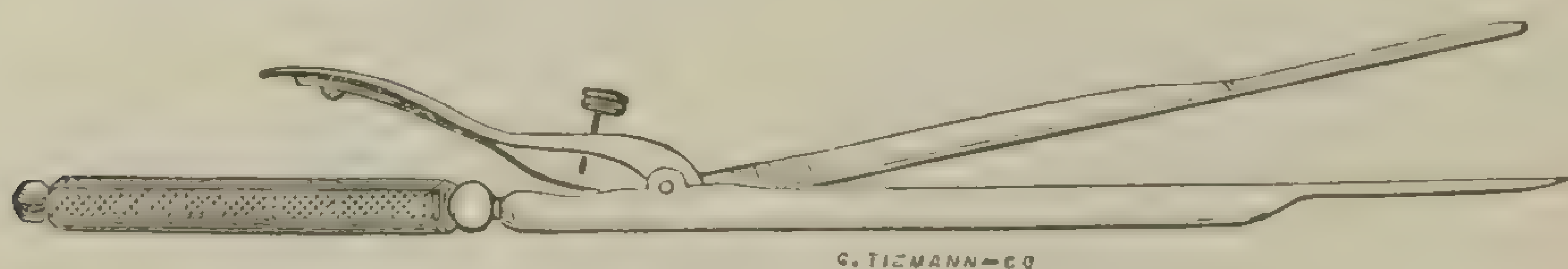


Fig. 164.—Histerótomo de Simpson.

El instrumento, con la hoja oculta, se introduce sin spéculum, acostada la enferma sobre el lado izquierdo, y con el dedo índice se le guia hasta la altura del orificio interno, ó mas allá, si se cree necesario, aunque esto es muy raro; teniéndose entendido por supuesto que el canal del cuello ha de dilatarse previamente por medio de la laminaria ó de las esponjas preparadas, si fuere demasiado estrecho para admitir el instrumento. Una vez colocado en posicion el histerótomo, se comprime el mango de la hoja para hacerla salir, y se aumenta el grado de compresion á medida que se estrae el instrumento hácia el orificio esterno, lo que hace que la incision sea mas ancha en la parte inferior del canal que en la superior. El instrumento vuelve á introducirse de nuevo para cortar el otro lado de la misma manera, despues de lo cual se barniza la superficie con la disolucion de persulfato de hierro.

Para hacer á un mismo tiempo las incisiones en ámbos lados, se han inventado varios histerótomos dobles, es decir, con dos hojas en vez de



Fig. 165.—Histerótomo de Stohlmann.

una, entre los cuales se ha popularizado el del Dr. Greenhalgh, de Lóndres. La Fig. 165 representa uno sencillísimo inventado por Mr. Stohlmann, de Nueva York.

Aunque se han recomendado diversas modificaciones de este plan de tratamiento desde que el Dr. Simpson lo introdujo, muy poco se le había perfeccionado hasta la introduccion del método del Dr. Marion Sims, que se practica como sigue:

1°. La enferma se acuesta sobre el lado izquierdo y se introduce el spéculum.

2°. Fijado ya el útero con una erina, se introduce en el canal cervical una de las hojas de un par de tijeras largas hasta que la otra llegue casi hasta el punto de union de la vagina y el cuello, dividiendo una de las paredes de este, y la otra en seguida de igual manera.

3°. Quítase la sangre de la superficie con esponjas montadas en mangos largos, é introduciendo el cuchillo de punta roma representado en la Fig. 124, se corta el tejido que no pudo alcanzarse con las tijeras, y ámbos lados del orificio interno, si se juzgare necesario.

4°. Se coloca en la herida un rollo de algodon fenicado empapado en glicerina, y se tapona la vagina.

Debe la enferma guardar cama por espacio de quince dias despues de la operacion. A las veinte y cuatro horas se quita el tapon, y á los tres dias se separan los labios de la herida con una sonda, colocando de nuevo el algodon fenicado, procedimiento que se repetirá despues un dia sí y otro no, pues de lo contrario el cuello se contraerá rápidamente, quedando tan estrecho como ántes de la operacion.

La incision del cuello practicada en casos oportunos produce algunas veces resultados muy satisfactorios; pero cuando el tejido cervical se ha atrofiado ó se encuentra duro y contraido, es imposible con frecuencia mantener abierto el conducto, que se contrae gradualmente á pesar de todos nuestros esfuerzos para impedirlo.

Una modificacion muy simple y útil en las operaciones de Simpson y de Sims, consiste en hacer una incision muy superficial á traves de las capas sub-mucosas del parénquima, que se estienda desde el orificio interno por todo el largo del conducto, y en colocar en seguida dentro del canal un rollo de algodon empapado en una disolucion débil de persulfato de hierro, que se dejará permanecer cuarenta y ocho ó cincuenta y seis horas, sustituyéndolo á los quince dias con un tallo de cristal ó de goma vulcanizada.

Este procedimiento, mucho mejor á mi modo de ver, que cualquiera de los otros dos mencionados, se efectúa usando un bisturí largo, de hoja angosta, ó un histerótomo semejante al reproducido en la adjunta lámina.

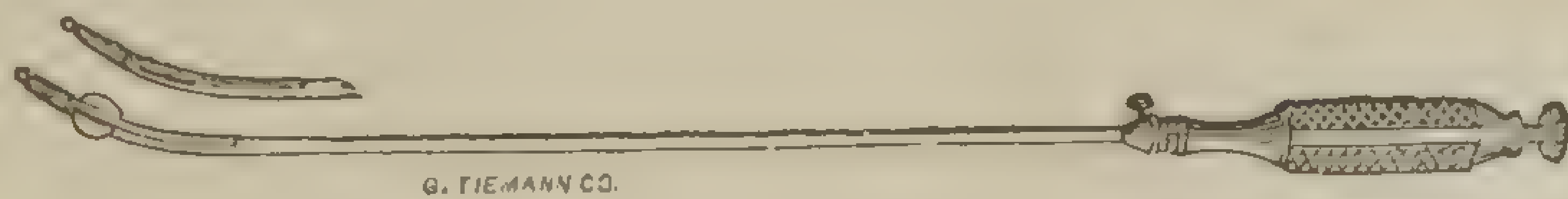


Fig. 166.—Histerótomo de White.

Este instrumento fué inventado hace quince años por el Dr. Octavio White, de Nueva York, y desde entónces ha sido usado por muchos cirujanos. Despues de introducido hasta el orificio interno, se hacen salir dos hojas, por medio de un tornillo que tiene en su estremo el mango; y en esta disposicion se retira.

La retencion en la cavidad del cuello de un tallo de cristal ó de goma vulcanizada, asegura mas que nada el éxito de la incision, porque impide completamente la contraccion consecutiva; pero es difícil hacer que dicho tallo se sostenga en su lugar, y remito al lector á la Fig. 130 como un plan que me ha servido para conseguirlo fácilmente.

El tallo debe medir dos pulgadas y por consiguiente no puede alcanzar al fondo; su base, que es globular, descansa en un disco cóncavo fijo entre las ramas de un pequeño pesario de retroversion. La presion hace inclinar el tallo hácia adelante, atras y lateralmente, de manera que sus movimientos son libres en todas direcciones, manteniendo su lugar en el interior del cuello sin oponer resistencia á los cambios de posicion de la matriz. El tallo de este instrumento puede construirse de vidrio, de caucho vulcanizado, ó de peltre, y de cualquier tamaño que se desee. Como la flexion complica á menudo la estrechez del cuello, el empleo de un pesario de anteflexion[1] para apoyar el tallo resulta con frecuencia provechoso para vencer aquel estado.

Tratamiento de los casos debidos á la flexion ó á la version.—Si la dismenorrea depende de una version del útero, no debe remediarse por un procedimiento quirúrgico, sino por los medios recomendados al tratar de aquella dislocacion. Si fuere debido á una flexion, y con mas especialidad á una anteflexion, dos indicaciones se presentan para obtener alivio, que son :—1ª, enderezar la encorvadura del canal manteniendo derecho el cuerpo del útero ; 2ª, lograr el mismo objeto por medio de un procedimiento operatorio.

Si el útero está doblado debajo del punto en que se une con la vagina, es evidente que el obstáculo á la salida del flujo menstrual ocurrirá en el punto de flexion, y que una incision á traves de ámbas paredes del cuello no lo vencerá enderezándolo, lo que sí puede lograrse por medio de una sola incision á traves de la pared posterior. Este procedimiento, ideado y practicado con buen éxito por el Dr. Sims en 1862, ha sido descrito en el capítulo sobre la flexion. No cabe duda de que es el procedimiento mas aplicable para el alivio de la dismenorrea, cuando esta es debida á la anteflexion.

Tratamiento de la estrechez vaginal.—Este estado, que puede ser ya congénito, ya provocado por una enfermedad cancerosa ó sifilítica, ya por la necrosis, cuando es tan completa que obstruye enteramente el conducto, produce la amenorrea; y si la oclusion es sólo parcial, puede determinar la dismenorrea.

El tratamiento consiste en la dilatacion por medio de bugías gruesas, en la dilatacion con instrumentos dilatadores, y en la incision. Si

[1] Me parece necesario advertir que el uso de este instrumento requiere cierta habilidad y práctica. Yo elijo siempre un pesario pequeño que aplico por medio del spéculum de Sims, pues sin este dudo que pueda usarse.

se averiguare que era la sífilis el orígen, se combinarán los medios quirúrgicos con el tratamiento constitucional.

El *tratamiento de la dismenorrea debida á un pólipo pequeño.*—Si se descubriese un pólipo pequeño, debería estraerse, prévia dilatacion del cuello con las esponjas preparadas.

El *tratamiento del hímen obturador y de los fibroides.*—El primero debe de ser incindido con mucha precaucion, y los segundos estraidos, cuando sea posible.

Dismenorrea Membranosa.

Definicion.—Esta forma de dismenorrea consiste en espulsar de la cavidad uterina, en las épocas menstruales, una sustancia orgánica que el microscopio demuestra ser la misma membrana tapizadora del útero. Esta puede salir en la forma de un saco que representa la cavidad triangular del cuerpo del útero con sus tres aberturas ; ó bien ser arrojada á pedazos como colgajos ó tiras de membrana mucosa.

Desde Morgagni, ha venido observándose esta forma de menstruacion desordenada, pero creían los observadores que el molde espulsado del útero era una falsa membrana y resultante de una endometritis difterítica ó crupal. La verdadera esplicacion del fenómeno es debida á Simpson, Oldham, y Virchow.

Patología.—La opinion del Dr. Oldham, de que el tapiz mucoso del útero se desprende de su base en toda su estension durante el intervalo menstrual, de manera que queda dispuesto á ser espulsado en una de las próximas menstruaciones, es á mi modo de ver la hipótesis mas racional, no sólo teóricamente, sino segun me lo han demostrado casos que he podido observar atentamente. Virchow dice que se forma una membrana caediza análoga á la de la preñez, y propone que se llame "decidua menstrual;" y el Dr. Oldham cree que la hiperemia de los ovarios produce este notable fenómeno, porque trasmite una influencia irritante al útero. El proceso, como quiera que sobrevenga, parece preparar gradualmente la membrana á su desprendimiento completo y á la espulsion ulterior del útero durante un período menstrual. Simpson, que niega la influencia causativa de la flegmasía en la produccion de la decidua menstrual, la cree una especie de producto natural del útero, en cuanto á su funcion, pero no natural en cuanto al tiempo, circunstancias, y frecuencia de su desarrollo.

Lavada, y examinada á simple vista la membrana espelida entera, se ve que es triangular con tres aberturas, dos en sus dos ángulos superiores, y una en el inferior. Su superficie esterna es suave é irregular y en toda ella presenta pequeñas perforaciones que son las aberturas de folículos utriculares. La parte interna no tiene desigualdades y al tacto parece una membrana mucosa. Estos sacos salen comunmente en la posicion en que se encontraban en el útero; pero algunas veces se invierten al salir y yo sé de un caso en que el saco se invirtió, y fué es-

pelido á la vagina, quedando en ella colgado como un pólipo, por estar adherido al orificio interno por su estremidad cervical. Mme. Boivin refiere tambien un caso análogo.

Examinada la membrana con el microscopio, se ve que consiste en el tapiz mucoso de la matriz hipertrofiados todos sus elementos, casi exactamente como lo están en el embarazo; y en verdad que el mas esperto investigador no podría distinguir la una de la otra, como lo demostraré mas adelante. Los vasos de la mucosa han aumentado en número, volúmen y capacidad, ha ocurrido una proliferacion de sus células epiteliales, y un gran desarrollo de las glándulas utriculares, cuyas bocas pueden distinguirse aun á simple vista.

Etiología.—Esta parte constituye uno de los puntos mas importantes é interesantes del asunto que nos ocupa; pero desgraciadamente tropezamos aquí tambien con esa divergencia de opiniones que siempre caracteriza á toda cuestion que todavía está por decidir. La verdadera patología de este estado morboso nos es desconocida, y de esto depende que no tengamos datos exactos. Algunos, siguiendo á Oldham y Tilt, lo consideran como el resultado de una enfermedad ovárica; otros, entre los que se cuentan Raciborski, Lebert, Handfield Jones, y Simpson, creen que consiste en una mera esfoliacion de la mucosa uterina, cuya causa se ignora; miéntras Klob, y otros, espresan su convencimiento de que es un exudado resultante de la endometritis, volviendo con esto á la opinion que prevalecía entre nuestros antepasados. Para estenderme mas acerca de la etiología, daré un resúmen de las hipótesis que han sido admitidas y lo son aun, mencionando algunas de las autoridades que las sostienen.

1. En un tiempo se creía que un exudado de linfa plástica, debido á una endometritis, cubría la pared uterina, y organizándose, llegaba á formar el molde del útero. Montgomery, Dewees, Siebold, Frank, Naegelé, Desormeaux, y otros, sostenían esta hipótesis.

2. Se cree ahora que consiste en una esfoliacion de la mucosa uterina en toda su estension, por efecto de una hiperemia é irritacion trasmitida al útero. Esta opinion, presentada por Oldham, tiene el apoyo de Semelaigne y otros.

3. Adoptada la esplicacion patológica que acaba de mencionarse, Scanzoni[1] atribuye la causa de la ocurrencia de la esfoliacion "á una hiperemia considerable de las paredes del útero, seguida de un desarrollo escesivo de la membrana mucosa." Courty, Hegar, Eigenbrodt, y otros han adoptado esta teoría, habiendo propuesto los dos últimos que se le aplique el término de "dismenorrea apoplética."[2]

[1] Ob. cit., p. 348.

[2] Las citaciones de autoridades sobre esta materia, y con especialidad las alemanas, son tomadas de un precioso artículo por el Dr. Mandl, de Viena, traducido en el *N. Y. Obstet. Journ.*, t. ii, p. 402, á cuyo trabajo debo muchos datos.

4. El Profesor Simpson[1] atribuye la esfoliacion "á una exageracion de un estado normal, ó á una exaltacion de una accion fisiológica." Dice Mandl que Rokitansky, Robin, Meyer, y otros participan de esta opinion, y se la atribuye tambien á Klob, Courty y Braun, aunque yo creo que en hacerlo así se equivoca.

5. Klob[2] considera que es efecto de un estado inflamatorio, y añade, que "no estaban léjos de la verdad aquellos patólogos que describieron semejantes casos como de endometritis." Tilt,[3] Braun,[4] y otros, dan su apoyo á esta teoría.

6. Algunos consideran la membrana como efecto de una formacion decidua escitada por la concepcion, que acaba de establecerse, y otros la creen de carácter ovular. Hausman[5] sostiene la primera hipótesis, que Rokitansky[6] admite en algunos casos; y Raciborski ha presentado la segunda.

Por mis propias observaciones de esta afeccion, no puedo creerla efecto de una flegmasía catarral del útero, pues de cinco casos observados, cuatro no presentaban señal alguna de haber existido dicha enfermedad. Aun cuando la endometritis exista con dislocacion marcada, no por eso debe deducirse que estas condiciones han producido por necesidad la esfoliacion, pues comunmente se las observa como resultados en casos en que una dismenorrea de carácter membranoso ha durado mucho tiempo sin que nada manifestase que aquellas existían.

Frecuencia.—No puedo considerar como frecuente esta enfermedad, pues en mi práctica sólo la he encontrado cinco veces, y aunque he visto algunos casos mas que habían sido considerados de esta naturaleza, en la mayor parte de ellos demostró una observacion mas detenida, que no la tenían. Scanzoni refiere veinte y un casos.

Diagnóstico diferencial.—Las enfermedades con las cuales puede confundirse esta, son:

Aborto;
Moldes sanguíneos ó fibrinosos del útero;
Esfoliacion de la mucosa vaginal;
Endometritis difterítica.

La marcha del caso, la repeticion del proceso, y la ausencia completa de los síntomas de embarazo, servirán para diferenciarla del aborto. Por dos citas del artículo del Dr. Mandl, á que tan á menudo se viene aludiendo, puede conjeturarse cuán difícil es determinar el carácter de la membrana. Las citas son tomadas de los informes que presentaron Wedl y Rokitansky, quienes examinaron con el microscopio *fragmentos*

[1] Clin. Lect. on Dis. of Women, edicion americana, p. 109.
[2] Ob. cit., p. 237.
[3] *Lancet*, 1853.
[4] Artículo por el Dr. Mandl, p. 413.
[5] Ob. cit., p. 407.
[6] Klob, ob. cit., p. 237.

36

arrojados por la misma paciente. Wedl[1] concluye su informe con las siguientes palabras: "Esto prueba que las membranas pertenecen á la decidua y al córion y que forman parte de un óvulo en las primeras semanas del embarazo." Rokitansky,[2] por otro lado, dice: "El desarrollo de la mucosa escede á su grado menstrual ordinario, pero no está relacionado con la concepcion."

Los moldes sanguíneos se reconocen fácilmente por el microscopio, que no revela la presencia de elementos de la mucosa uterina.

El microscopio revelará tambien sin dificultad la naturaleza de los moldes de falsas membranas que corresponden á la cavidad del cuerpo del útero, y el carácter de las esfoliaciones de la vagina, resultantes de lo que el Dr. Tyler Smith ha llamado vaginitis epitelial, ó del contacto del percloruro ó el persulfato de hierro.

Síntomas.—El flujo menstrual se presenta acompañado de dolores fijos, que aumentan á medida que aquel progresa, llegando á ser violentos y espulsivos como los del aborto. Los dolores son tan escesivos en una enferma que he visto con el Dr. Walser, de Staten Island, que no encuentra palabras con que espresar el terror que tiene de que se repi-

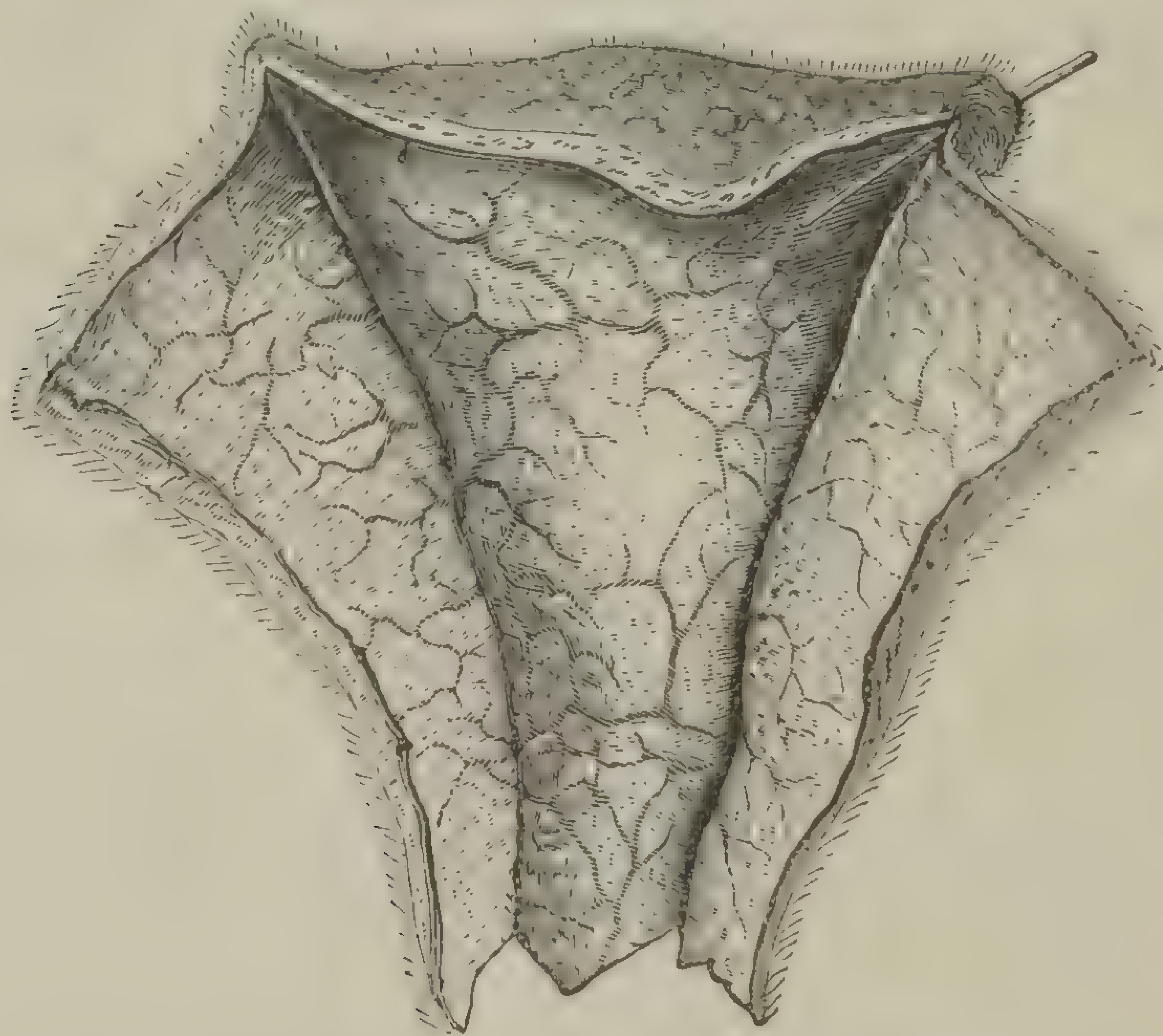


FIG. 167.—Membrana dismenorréica. (Coste.)

tan. Bajo su accion el orificio se dilata gradualmente y la membrana es arrojada con fuerza á la vagina; en seguida sobreviene por lo general una tendencia á la menorragia, que pronto desaparece, sin embargo, disipándose con ella el ataque, aunque quedan por algun tiempo despues síntomas de endometritis, y flujos sanguino-purulentos. Segun Huchard y Labadie-Lagrave, que han escrito un escelente artículo[3]

[1] Mandl, ob. cit., p. 415. [2] Mandl, ob. cit., p. 416.
[3] Archives Générales, Julio, 1870.

sobre esta materia, la dismenorrea membranosa se complica algunas veces con una endometritis difterítica que se ingerta en un ataque de endometritis causado por la afeccion de que venimos tratando.

El dolor que sobreviene al principio de la menstruacion no desaparece hasta que se espele la membrana esfoliada. Esta, como ya se ha dicho, es patognomónica de la clase de dismenorrea que existe, y sirve para diferenciarla con claridad de todas las demás variedades. La Fig. 167 representa el aspecto de la membrana.

Pronóstico.—El pronóstico es en estremo desfavorable en cuanto á la curacion, aunque Siebold,[1] Tyler Smith, D'Outrepont, y otros, hablan de casos en que no sólo se efectuó esta por completo, sino que ocurrió la concepcion en períodos adelantados de la enfermedad.

Tratamiento.—No deja de ser sorprendente observar cuán contradictorio, variado, y enérgico, es por lo comun el tratamiento de aquellas afecciones cuya etiología y patogenia son desconocidas. El conocimiento imperfecto de estas materias, en vez de dar lugar á un método espectante de tratamiento, induce comunmente á una intervencion enérgica y escesiva; y en la enfermedad que nos ocupa se ha aplicado sin restricciones el cauterio actual al cuello de la matriz, y se ha llevado hasta el fondo el nitrato de plata y otros escaróticos.

No hallándonos seguros en cuanto á la patología de la enfermedad, poco puede decirse de una manera positiva con respecto á su tratamiento. Las inyecciones subcutáneas de morfina no tienen igual en la rapidez, seguridad y eficacia con que alivian los vivos dolores que acompañan al ataque, y deberán administrarse cada ocho ó doce horas, siempre que el sistema tolere el uso de la droga. Si existiere alguna contra-indicacion para su empleo, se calmará el dolor por las inhalaciones de éter sulfúrico administradas solamente hasta aquietar el sistema nervioso, sin llegar á producir el sueño ó la privacion de los sentidos.

Si se descubriere alguna enfermedad del útero ó de los ovarios, debe recibir el tratamiento apropiado; pero si la esfoliacion no resulta de semejante causa, podrán hacerse aplicaciones á la mucosa uterina de sustancias alterantes, como la tintura de yodo, el ácido crómico, ó fénico, una disolucion de nitrato de plata, ó la solucion de persulfato de hierro. Si hubiere dislocacion, se aliviará esta obedeciendo al principio de que, cuando no puede curarse una enfermedad, es por lo ménos prudente aliviar sus complicaciones principales y síntomas mas dolorosos. Es demasiado obvio que las recomendaciones dadas con respecto al tratamiento de tan penosa enfermedad, son escasas y pobres; pero no puede hacerse otra cosa por la absoluta falta de conocimientos de recursos terapéuticos mas seguros.

En el estudio de la dismenorrea he aceptado todas las variedades mencionadas generalmente por los autores; porque creo que haciéndolo

[1] Mandl, ob. cit., p. 423.

así se consigue una investigacion mas completa de la materia, y porque la esperiencia me induce á creer que recordándolas todas en la cabecera de la enferma, le será mas fácil al facultativo clasificar y tratar sus casos en la práctica. Pero no por esto ha de suponerse que todo caso de dismenorrea podrá clasificarse estrictamente dentro de una de estas variedades, pues semejante idea conduciría al desengaño, y á la desconfianza en la clasificacion. Muchos casos, y á decir verdad casi todos, demuestran la existencia de mas de un elemento perturbador; por ejemplo, la retroversion, cuando sobreviene en una mujer débil y nerviosa, cuya sangre está empobrecida, podría ocasionar una dismenorrea debida en parte á una obstruccion mecánica, en parte á la neuralgia, en parte á la hiperemia, y acaso, hasta cierto punto, á una endometritis secundaria. No debe confiarse demasiado en ninguna clasificacion, ni olvidarse tampoco que uno de los grandes objetos á que aspiramos al adoptar semejante arreglo, es el de obtener una investigacion completa de la materia, y la facilidad de retenerla en la memoria.

En vista de lo espuesto, conviene que el médico disponga de algun plan general de tratamiento á que pueda acudir en aquellos casos que no sean susceptibles de fácil clasificacion, y juzgo que el siguiente será eficaz. Tan pronto como principie la catamenia, ó algunas horas ántes, si puede apreciarse su aproximacion, se hará guardar cama á la enferma haciendo aplicaciones calientes á los piés, al abdómen, y al sacro, alternadamente, por medio de botellas llenas de agua caliente, de ladrillos calientes envueltos en pedazos de franela, ó lo que es mejor, con bolsas de goma llenas de agua caliente. En seguida se administrará por el recto una lavativa compuesta como sigue:

℞.	Tintura de asafétida,	ʒ iij,	} =	12 gramos.
	Tintura de belladona,	gtt. xx,		20 gotas.
	Tintura de opio,	gtt. x,		10 "
	Agua templada,	℥ iijss,		100 gramos.

Mézclese—Para inyectar y retener en el recto.

Si la enferma se resiste al uso de la inyeccion, la siguiente receta dará buen resultado.

℞.	Hidrato de cloral,	ʒ ij,	} =	8 gramos.
	Bromuro potásico,	ʒ ij,		8 "
	Sulfato de morfina,	gr. jss,		9 centígramos.
	Jarabe de corteza de naranjo,	℥ iij,		90 gramos.

Mézclese—Para tomar dos cucharaditas de café en una copita de agua con azúcar cada 4 horas miéntras dure el dolor.

El siguiente supositorio es útil algunas veces en lugar de la lavativa.

℞. Estracto de belladona,	gr. j,		6 centígramos.
Polvos de opio,	gr. iij,	=	18 "
Asafétida,	ʒ ss,		2 gramos.
Manteca de cacao,	q. s.		c. s.

Háganse 6 supositorios, que se introducirán en el recto, uno por la mañana y otro por la noche, miéntras se considere necesario.

Dismenorrea Ovárica.

Definicion.—En ciertos casos, y por desgracia en no pocos, es imposible descubrir ningun estado de debilidad del sistema nervioso que esplique la dismenorrea habitual existente; y el exámen mas atento de la pélvis no revelará ningun mal uterino ni peri-uterino. En estos casos el exámen de las regiones inmediatas al útero, por la palpacion y el tacto combinados, revela con frecuencia, en el fondo de saco de Douglas, ó en uno ó ámbos lados de la matriz, bastante abajo é inmediata á ella, una masa globular, ligeramente compresible, próximamente del tamaño de una nuez grande, ó de un huevo pequeño; determinándose aun mas distintamente la presencia de estos cuerpos movibles y lisos, si se coloca en seguida á la enferma en la posicion lateral izquierda, y se introducen bien arriba en la vagina dos dedos de la mano derecha con su superficie palmar vuelta hácia atras. Estos cuerpos son los ovarios aumentados de volúmen, congestionados, sensibles, y en descenso.

Este estado de desarreglo de los ovarios se presenta algunas veces acompañado simplemente de la dismenorrea; pero en otras está marcado por el histérico, por la amenorrea que alterna con la menorragia, y aun por la epilepsia. No puedo decir, por supuesto, si en semejantes casos la epilepsia es debida á la enfermedad ovárica existente; pero he observado que la acompaña tan á menudo que confieso sin ambages mi convencimiento de que suele ser causada por la enfermedad de los ovarios. Este es el estado que se llama ordinariamente ovaritis crónica, cuyo primer período consiste en la hiperemia, y el segundo en la hiperplasia del tejido, acompañada de una escesiva hiperestesia nerviosa.

Síntomas.—Sería difícil hacer el diagnóstico de esta forma de menstruacion dolorosa por los signos racionales solamente, y debe basarse en la combinacion de los signos racionales y de los físicos, aunque la naturaleza del caso podrá sospecharse generalmente por los primeros. El dolor precede al flujo sanguíneo de algunos dias, disminuyendo á medida que este se establece; es de un carácter sordo, se irradia por los muslos, siendo muy probable que se presente acompañado de manifestaciones nerviosas, y que cause depresion de ánimo. Las mamas simpatizan con frecuencia, poniéndose dolorosas y sensibles al tacto.

Estos casos suelen presentar un fenómeno muy curioso que consiste en la ocurrencia de un dolor intermenstrual, ó "intermediario," (*intermediate pain*,) como lo ha llamado el Dr. Priestley, que á veces sobreviene en un dia dado con maravillosa regularidad. En un caso obser-

vado por mí, se presentaba al noveno dia despues de haber cesado la menstruacion; en otro al décimo cuarto; y en un tercero, principiaba una semana despues del movimiento menstrual, continuando durante cinco ó seis dias.

No debe suponerse que la dismenorrea existe indispensablemente en todo caso en que los ovarios se presentan en el reconocimiento grandes, sensibles y en prolapso; ni que estos se encuentran siempre afectados de esa manera cuando existen otras razones que nos hagan sospechar la dismenorrea ovárica. La regla es tal como la he indicado, pero no deja de tener sus escepciones.

Patología.—Posible es que el proceso de la ovulacion en un ovario enfermo determine, por medio de sus estensas y marcadas conexiones nerviosas, una hiperemia é hiperestesia nerviosa en el útero, que produzcan á su vez una enfermedad menstrual de carácter congestivo ó neurálgico. El dolor, sin embargo, parece existir ordinariamente en los mismos ovarios enfermos, y depender de la dehiscencia de los folículos de Graaf, lo que puede demostrarse tocando estos órganos durante los primeros períodos de la catamenia; evidenciándose en los casos en que ocurre la ovulacion sin menstruacion, en los de atresia ó de falta de la matriz.

Pronóstico.—Cuando la dismenorrea se debe á esta causa, el pronóstico es muy malo. Una jóven podrá restablecerse con rapidez, si el mal ovárico no ha pasado de una congestion; pero las probabilidades de curacion son muy escasas en una mujer de mayor edad en la que haya sobrevenido una hipertrofia crónica de los ovarios, acompañada de prolapso y sensibilidad escesiva.

Tratamiento.—La esterilidad es, segun creo, la regla en estos casos. Si se verificase el embarazo, es probable que los nueve meses de inactividad y de reposo que ganarían los ovarios produjese gran beneficio. Yo jamas he podido curar un caso crónico por medios puramente medicinales, y si bien es cierto que puede amortiguarse el dolor con el uso de los calmantes y antiespasmódicos, esto está muy léjos de efectuar la curacion, y su empleo presenta además el inconveniente de que espone á la enferma á los peligros de contraer un hábito pernicioso con respecto á su uso futuro.

Deberá recurrirse á todos los medios con que pueda calmarse la irritacion local, dar tono al sistema nervioso, y combatir la escitacion sanguínea. Con frecuencia se obtiene muy buen resultado con el cambio de aires, la residencia en las aguas y baños minerales de Alemania y Francia, y la desaparicion de toda influencia que pese desagradablemente sobre el cuerpo ó el ánimo. Deben prescribirse los baños de asiento calientes, é inyecciones vaginales calmantes á la misma temperatura, recomendando el reposo completo en cama, ó la mas perfecta quietud, si la enferma se opone á lo primero, por espacio de una semana ántes de la menstruacion, y de tres ó cuatro dias despues. En

cuanto á la medicacion interna, nada iguala en eficacia al uso sin limitaciones de los bromuros de amonio y de potasio, principiando su administracion una semana ántes del acto menstrual y continuándola hasta su cesacion.

Durante la catamenia deben evitarse en cuanto sea posible los opiados, los estimulantes alcohólicos, y los anestésicos. Su empleo aliviará probablemente á la enferma, quien despues recurre á ellos todos los meses con regularidad: en lo cual hay evidente peligro. En su lugar pueden administrarse la tintura de cáñamo indiano, el beleño, y el alcanfor; ó el monobromato de alcanfor en dósis de 30 centígramos; procurando algunas veces gran alivio el uso de un supositorio rectal de 30 centígramos de yodoformo.

No pretendo decir que en semejantes casos, ni aun estos medios sean fecundos en buenos resultados, pues están muy distantes de serlo, y solamente los presento como los mejores que conozco, añadiendo en conclusion, que mi propia esperiencia me hace temer que se me presente uno de estos casos rebeldes y poco satisfactorios.

CAPÍTULO XXXVIII.

MENORRAGIA Y METRORRAGIA.

Definicion.—El primero de estos nombres se emplea para designar la presentacion en las épocas menstruales de un flujo sanguíneo profuso y escesivo; miéntras que con el segundo se designa cualquier flujo de sangre, sea ó no profuso, durante los intervalos. La enferma cuya menstruacion es demasiado profusa, padece menorragia, y la que sufre una pérdida de sangre, no solamente en las épocas menstruales, sino tambien en los intervalos, padece metrorragia.

Frecuencia.—Son estos dos estados necesariamente frecuentes, por ser ámbos sintomáticos de un gran número de afecciones, tanto funcionales como orgánicas del útero. El útero es el único órgano del cuerpo en que la hemorragia es un proceso fisiológico, y aunque otros muchos órganos, y todos los tejidos eréctiles son susceptibles de congestiones normales, en todos ellos, esceptuando la matriz, el derrame de sangre es un proceso morboso. No es pues estraño que causas leves y numerosas sean capaces de determinar una hemorragia uterina.

Patología.—Estas perturbaciones pueden provenir, 1°, de cualquiera condicion que produzca una hiperemia activa ó pasiva del parénquima del útero, ó de su mucosa; 2°, de cualquier influencia que cause una solucion de continuidad en su superficie mucosa; 3°, de cualquier escrecencia que teniendo una conexion vascular con los vasos del útero, permita una filtracion á traves de sus tejidos y procedente de su circunferencia; 4°, de cualquiera influencia que produzca una discrasia de la sangre. Cualquiera de estos estados morbosos puede por sí solo producir la hemorragia, ocasionándola con mayor seguridad cuando se reunen varios á la vez; pero es preciso admitir que provienen hemorragias violentísimas algunas veces de un útero vacío, sin que pueda determinarse la causa, porque es imposible encontrar la existencia de ninguna de las condiciones mencionadas.

Causas.—Las condiciones que con mayor frecuencia producen la menorragia y la metrorragia son :

Plétora general;
Hiperplasia areolar;
Pólipos;
Acumulacion de materias fecales;
Degeneracion granulosa;
Tumores fibrosos;
Ovaritis crónica;
Cáncer, ó sarcoma;
Retencion de los productos de la concepcion;
Degeneracion fungosa de la mucosa uterina;
Hematocele;
Subinvolucion;
Desviacion cualquiera del útero.

La congestion del útero es muy comun en el período de la menopáusis, ó como resultado de esfuerzos musculares violentos; pudiendo tambien sobrevenir á consecuencia del aborto, de algun obstáculo á la circulacion hepática, de la endometritis, de la hiperplasia areolar, de las dislocaciones ó de la ovaritis crónica.

La retencion de algunos de los productos de la concepcion, es con mucha frecuencia una causa. Puede suceder que la placenta, en parte ó en su totalidad, permanezca en el útero, que las envolturas fetales se trasformen en una mola, ó que el córion sufra una degeneracion, y los hidátides uterinos, como se llaman erróneamente, se reunan dentro del útero.

Una causa nada rara de ámbas variedades de hemorragia, es aquella hiperplasia simple llamada vegetaciones, ó degeneracion fungosa de la membrana que tapiza el útero. Récamier describe las vegetaciones así engendradas, recomendando se raspen con instrumento de acero: operacion que él practicaba en dichos casos. M. Aran las ha descrito como sigue, en un escelente artículo sobre la materia, en su tratado de Enfermedades del Útero: "Se presentan en dos formas del todo distintas. En la primera y mas comun, son tumores, ordinariamente sesiles, que se continúan con la mucosa por una base á veces tan estensa como ellos mismos. Su volúmen varía desde el de un grano de trigo, ó un chícharo pequeño, al de un chícharo grande; ó aun al de una fresa pequeña, ó frambuesa grande. Los últimos muchas veces son pediculados." Estas han recibido el nombre de vegetaciones célulo-vasculares y pueden existir en cualquier parte de la cavidad uterina. Generalmente no son mas que dos ó tres, y se encuentran en la cavidad del cuerpo. "La segunda forma consiste en una especie de vegetaciones pediculadas parecidas á esos pólipos foliculosos tan comunes en el cuello del útero. Su tamaño varía desde el de un grano de trigo al de un chícharo." Estas son las llamadas vegetaciones célulo-fibrosas. Ambas variedades resultan por lo general de la ingurgitacion crónica de la mucosa uterina, sobrevi-

niendo muchas veces á consecuencia de la subinvolucion, que complican de una manera marcada.

Algunas veces la hemorragia continúa sin ninguna causa apreciable, bien despues de un aborto, ó de un parto á término; y si en estos casos se dilata el canal del cuello se observarán, circunscritas á cierta parte de la pared uterina, pequeñas escrecencias fungosas; si se estraen por medio de la cuchareta, se detiene inmediatamente el derrame sanguíneo. Esta variedad de desarrollos fungosos se presenta tan pronto despues del parto, que parece probable que deban su orígen á fragmentos diminutos de la placenta, que permaneciendo adheridos toman su nutricion de los vasos uterinos. No tengo pruebas positivas de la exactitud de esta teoría, aunque muchas veces he hecho examinar microscópicamente estas escrecencias. Klob[1] hace mencion de una estraña elevacion vascular achatada, que ocurre en la mucosa del útero y que yo jamas he observado. "Estas elevaciones son rojas, relucientes, aterciopeladas, y tomentosas; cuando se raspan con la cuchilla sale de ellas un líquido lechoso que no presenta bajo el microscopio mas que el epitelio glandular de la matriz, y algunas veces vesículas trasparentes y cuerpos coloídeos de diversos tamaños." Son muy vasculares, y Klob dice haber examinado el útero de una mujer de 36 años que murió de una metrorragia, "sin poder encontrar nada mas que una vegetacion de la mucosa, de 1 pulgada de espesor, y $1\frac{1}{2}$ pulgada de diámetro."

Algunas veces es asombrosa la profusion y constancia del flujo que proviene de vegetaciones muy pequeñas, y al parecer insignificantes. Hace algunos años tuve ocasion de hacer el exámen necroscópico de una enferma del Dr. Elsberg, de Nueva York, la que durante algunos años había padecido menorragia, y algunas veces metrorragia. Muchas veces el Dr. Elsberg se había visto obligado á taponar la vagina, y aun la cavidad del cuello, con fuerza considerable, á fin de impedir que el flujo escesivo terminase en la muerte. El exámen no reveló nada que esplicase la hemorragia, esceptuando tres elevaciones fungosas situadas justamente encima del orificio interno, y que se asemejaban un poco á las escrecencias vegetativas que suelen observarse sobre el glande, aunque no presentaban un carácter papilar tan marcado. Desgraciadamente fueron destruidas ántes que pudiera examinárselas con el microscopio. Se dirá que podría haber existido alguna otra causa; pero el exámen mas cuidadoso no reveló ninguna, encontrándose el útero, los ovarios, y los tejidos de la pélvis, al parecer, en estado normal perfecto.

La ovaritis crónica ocasiona á menudo una gran irregularidad menstrual, á veces se pasan meses sin presentarse las reglas, al cabo de los cuales, sin causa ninguna determinante apreciable, ocurre una hemorragia profusa y peligrosa, que requiere los medios mas enérgicos para contenerla.

[1] Ob. cit., p. 139.

Varios casos de metrorragia prolongada que he observado en mi práctica, se debían á una acumulacion de materias fecales, y se curaron estrayendo el escremento del intestino.

Diagnóstico diferencial.—Este es desde luego el mas importante y difícil de los deberes del médico con respecto á los síntomas que venimos considerando. Si el facultativo se persuade con demasiada facilidad de que la pérdida de sangre es uno de los resultados de la "edad crítica," ó aun de una hiperemia idiopática primitiva, podrá perder mucho tiempo ántes que se convenza de su error ; miéntras que si olvida, por otro lado, que se trata de un síntoma, y considera el estado existente como una enfermedad, no tan sólo perderá tiempo, sino que sus esfuerzos para aliviar á la enferma fracasarán por completo, pues la práctica empírica de hacer guardar cama á estas pacientes confiando en los astringentes, los narcóticos, y la aplicacion del frio, será ineficaz generalmente. En todo caso, á ménos que la causa sea palpable, conviene examinar metódicamente el útero y los tejidos que lo rodean, del modo que pasamos á describir.

1°. Examínese el cuello por el tacto, el spéculum, y el estilete uterino.

2°. Deberán examinarse las paredes anterior y posterior, el fondo, y los bordes laterales del útero, por medio de la palpacion y el tacto rectal, ya aislados, ya combinados.

3°. Se esplorará toda la region pelviana por medio del tacto rectal y la palpacion, ya aislados, ya combinados.

4°. Deberá dilatarse el cuello por medio de los dilatadores, y esplorarse la cavidad del cuerpo introduciendo en ella el dedo índice, la sonda uterina, ó la cuchareta.

En muchos casos el diagnóstico puede establecerse sólo por estos medios, y muy pocos escaparán á la investigacion si se pone en juego de la manera debida.

En los dilatadores poseemos un método precioso de diagnóstico y tratamiento ; pero el práctico debe abrir con seguridad el orificio interno, á fin de que el dedo penetre hasta el fondo del útero, pues muchas veces se supone haber esplorado completamente la cavidad uterina cuando el dedo no ha salvado el orificio interno, limitándose la esploracion por consiguiente sólo al canal cervical. Muchas veces necesario introducir tres, y aun cuatro dilatadores ántes de que pueda abrirse por completo al dedo la cavidad de la matriz.

Pronóstico.—Este depende de la causa del mal, variando mucho, por supuesto, segun aquella sea fácil de descubrir y remediar, ú oscura y difícil de suprimir.

Resultados.—La menorragia, y con mas razon aun la metrorragia, pueden, si no son combatidas, determinar

Esterilidad ;
Hidremia ;

Histérico;
Dispepsia;
Demacracion estrema;
Muerte.

El *tratamiento* se divide en paliativo y curativo.

Tratamiento paliativo.—La primera indicacion en el tratamiento de una hemorragia escesiva del útero, lo mismo que de cualquier otra parte del cuerpo, consiste siempre en contenerla. Cuando sobreviene la menorragia, se mantendrá á la enferma en el decúbito dorsal, y en perfecto reposo: aplicando sobre el útero, la vulva, y los muslos, toallas empapadas en agua fria; administrando á larga mano bebidas frias y aciduladas, como la limonada helada, el agua de Rabel en un poco de agua comun tambien helada, etc.; y prohibiendo terminantemente la ingestion de todo líquido caliente. Se mantendrá además una temperatura fresca en el cuarto, elevando el pié de la cama como 10 pulgadas, y prohibiendo toda conversacion, al mismo tiempo que se calma el sistema nervioso con el opio ó uno de sus succedáneos. Ciertos hemostáticos generales deben administrarse siempre, entre los cuales los mas eficaces son el ácido agállico, el cornezuelo de centeno, y la tintura de cáñamo indiano, especialmente este último.

Los medios indicados bastan en los casos leves, pero no en los de naturaleza grave, en que es necesario introducir el spéculum y taponar la vagina, plan que rara vez fracasa, aunque resultará inútil en ciertos casos, como en los de cáncer del cuello, por ejemplo. En estas circunstancias debe estraerse el tapon de algodon y reemplazarlo con otro del mismo material saturado en una disolucion fuerte de alumbre, ó con la solucion de persulfato de hierro, (F. E. U.,) una parte en cuatro de agua. Una disolucion mas fuerte podría destruir la mucosa vaginal, habiéndose observado casos en que el empleo de esta disolucion con toda su fuerza dió lugar á la gangrena de las paredes mismas de la vagina. Si no se quisieran usar estas disoluciones, puede colocarse contra el cuello un saquillo de lienzo fino lleno de polvos de alumbre, manteniéndolo en posicion por medio de un tapon en la vagina; ó bien se dejan libres contra la parte 8 gramos de tanino. La mayor parte de los casos ceden temporalmente á estos medios, pero en algunos no sucede así, siendo imperioso recurrir á otros de carácter aun mas enérgico, á fin de evitar que la hemorragia mate á la enferma. En estos casos escepcionales se dilatará el canal del cuello é inyectará libremente la cavidad del cuerpo con la tintura de yodo, ó la solucion de persulfato de hierro, 1 en 3 de agua.

Uno de los puntos que deben considerarse cuidadosamente ántes de someter un caso de menorragia al tratamiento que hemos indicado, es, que en muchas mujeres la menstruacion natural es escesiva, sin que la salud sufra por la pérdida de sangre; y siéndoles esto propio, y no

denotando una condicion anormal, hay que decidir si se requiere ó no el tratamiento. Con respecto á la metrorragia, es de igual impertancia no olvidar que en ciertas mujeres los primeros meses del embarazo se caracterizan por un flujo sanguíneo constante, y el médico, ántes de emplear un dilatador, ó introducir una sonda en el útero, debe hallarse muy seguro de que la preñez no existe.

Tratamiento curativo.—Una de las causas poderosas por qué este fracasa con tanta frecuencia, consiste en que el facultativo concentra toda su atencion en la enfermedad existente, sin cuidarse del mal que la produce. Téngase presente, pues, que la pérdida escesiva de sangre es por lo comun un síntoma, siendo nuestro deber descubrir y suprimir el estado morboso de que depende. Seguro de que la esperiencia á la cabecera de la enferma ha de corroborar el aserto ya enunciado, de que son cuatro los grandes estados patológicos de que generalmente se origina la hemorragia escesiva ó prolongada del útero, no vacilo en presentar con brevedad al lector las causas ordinarias de la congestion uterina, de la solucion de continuidad, de las escrecencias de la superficie mucosa de la matriz, y de la discrasia de la sangre. No pretendo negar la existencia de otras condiciones que pueden producir una hemorragia del útero, como por ejemplo, la pelvi-peritonitis, el hematocele, etc.; pero el flujo sanguíneo, cuando denota la existencia de tan graves perturbaciones, no requiere tratamiento especial, por exigir estas principalmente la atencion del médico. En la tabla que sigue se enumeran aquellos estados morbosos que causan ordinariamente una hemorragia cuya importancia exige tratamiento:

La hiperemia del tejido uterino puede ser efecto de	Hiperplasia areolar; Subinvolucion; Cuerpos fibroídeos; Plétora general; Dislocaciones; Acumulacion de materias fecales; Ovaritis crónica.
La solucion de continuidad puede ser el resultado de	Ulceracion; Degeneracion granulosa; Cáncer; Sarcoma.
Las escrecencias que provienen de las paredes uterinas pueden ser	Pólipos; Escrecencias fungosas; Productos de la concepcion adheridos; Tumores fibroídeos; Sarcoma, ó cáncer.

La discrasia de la sangre puede ser debida á	Escorbuto; Clorosis; Espanemia, ó empobrecimiento de la sangre, resultante de la uremia, ó de alguna otra enfermedad grave del sistema.

El tratamiento del mal es á menudo sencillísimo y eficaz, una vez descubierta la causa que lo produce; y como el que se emplea en la mayor parte de las condiciones arriba mencionadas, es familiar á todo el que lee obras generales de medicina, ó está ya indicado en otros capítulos de esta, poco hay que añadir acerca de ello en este lugar.

El uso á larga mano del cornezuelo de centeno, cuando existe la subinvolucion, es un auxiliar precioso de los medios ya enumerados para el tratamiento paliativo, y puede ser útil como agente curativo. Muchas veces el empleo oportuno de un purgante activo, ó el uso metódico y continuado de la misma clase de medicamentos á pequeñas dósis, son altamente beneficiosos en el tratamiento de todas las congestiones del útero.

Tratamiento de la degeneracion fungosa de la mucosa uterina.—Si la existencia de fungosidades no es cuestion de conjeturas, sino que se ha determinado con exactitud por medio de los signos racionales y físicos, que consisten, el primero en una hemorragia prolongada cuando no existe ninguna otra enfermedad, y el segundo en la prueba obtenida por el tacto ó por la espulsion de algunas de las masas, conviene raspar suave pero completamente, la mucosa uterina en toda su estension con la cuchareta que representa la Fig. 168.



Fig. 168.—Cuchareta de alambre sin borde cortante.

Cuando el canal del cuello es estrecho, será quizás necesario dilatarlo por medio de la laminaria; pero rara vez es necesaria una dilatacion previa, para usar este instrumento, que debe introducirse, raspando ligeramente toda la superficie de la mucosa uterina.

Mi esperiencia, ya grande y cada vez mayor, en el uso de la cuchareta, me autoriza á recomendarla como recurso preciosísimo para el tratamiento de la menorragia, cuando esta es debida á la degeneracion fungosa de la membrana que cubre el útero. En mi práctica particular, y en el Woman's Hospital, la empleo con mucha frecuencia, usándola mucho tambien en este hospital el Dr. Sims, cuya opinion concuerda con la mia, respecto á ser el instrumento no sólo eficaz, sino poco peligroso, á ménos que se le emplee en mujeres que ántes hayan padecido peritonitis, ó inflamacion del tejido celular. Habiendo empleado la cucha-

reta con tan brillantes resultados, me es muy difícil comprender por qué tantas autoridades respetables la miran tan desfavorablemente. El difunto M. Aran,[1] por ejemplo, combatía abiertamente su uso, que Gallard[2] califica de "una operacion detestable," aludiendo en seguida á la "inocencia perfecta[3] de las inyecciones intra-uterinas," en casos de menorragia. Las lecciones de la esperiencia no enseñan lo mismo ciertamente á todos los observadores, por mucho que todos traten sinceramente de entenderlas.

En vez de usar la cuchareta, puede modificarse la membrana tapizadora del cuerpo del útero, por la aplicacion del ácido azóico concentrado, segun el método de Kidd y Athill, de Dublin, ó inyectando en la cavidad de la matriz la tintura de yodo, (pura,) una disolucion de nitrato de plata ó la solucion de persulfato de hierro, 1 parte en 2 ó 3 de agua. No nos detendremos ahora á discutir los peligros que acompañan á las inyecciones intra-uterinas, por haberlo hecho ya estensamente en otro lugar.

Si se considera conveniente cauterizar la cavidad con un ácido potente, se introduce primero en el cuello un tubo de caucho vulcanizado, ó de plata, como el que representa la Fig. 76, á fin de proteger dicha parte y concentrar toda la potencia del ácido en la mucosa del cuerpo.

La reduccion y el apoyo de un útero dislocado alivia muchas veces una metrorragia prolongada, obteniéndose igual éxito en otros casos, merced á la curacion de un cuello granuloso que sangra con facilidad.

Toda alteracion de la sangre, aun cuando sea efecto de la hemorragia, y no causa de ella, debe combatirse por medio de la medicacion general propia. Cuando la pérdida es debida á un pólipo, el empobrecimiento de la sangre, que es su consecuencia, acelera y facilita aun mas la salida del flúido vital.

El cambio de un clima cálido por otro frio, ó de terrenos bajos á regiones montañosas, suele ser sumamente beneficioso en casos muy rebeldes.

[1] Ob. cit., p. 473. [2] Ob. cit., p. 242. [3] Ob. cit., p. 254.

CAPÍTULO XXXIX.

AMENORREA.

Definicion.—La amenorrea, palabra derivada de *α*, privativo, *μην*, "mes," y *ρεω*, "yo fluyo," se usa para denotar la ausencia de los menstruos en una mujer en que debieran existir naturalmente; no incluyéndose por supuesto en esta significacion la ausencia de aquellos ántes de la pubertad, despues de la menopáusis, y durante el embarazo y la lactancia, pues entónces su falta es la condicion normal.

Frecuencia.—Es muy comun esta enfermedad en las mujeres que pasan la vida en el lujo y la indolencia, y cuyos sistemas nervioso y sanguíneo se alteran por el descuido de los hábitos que los conservan en estado de salud. Se observa con gran frecuencia en las clases mas altas de la sociedad civilizada del mundo.

Variedades.—La enfermedad recibe el nombre de supresion menstrual (*suppresio-mensium*) cuando el flujo periódico de los menstruos cesa bruscamente; habiéndose aplicado la palabra *emansio-mensium* al estado en que el flujo nunca se ha establecido en una mujer que debiera menstruar con regularidad.

Patología.—En la actualidad la mayoría de los fisiólogos cree que el flujo sanguíneo periódico que constituye la menstruacion, es una verdadera hemorragia que depende del trabajo de la ovulacion. Cada veinte y ocho dias, de acuerdo con una ley de la naturaleza que no podemos esplicar, aunque vemos sus efectos, uno ó mas óvulos en cada ovario rompen las vesículas que los contienen, y entrando en los oviductos, descienden á la matriz. Esta espulsion de los huevos produce un estado de hiperemia y exaltacion nerviosa en los ovarios que dura hasta que se completa el proceso.

Apénas se afectan los ovarios de la manera indicada, se desarrolla en el útero una congestion simpática, trasmitida de los primeros al segundo, por el sistema nervioso ganglionar que los une mutuamente. La matriz aumenta de peso y desciende perceptiblemente en la pélvis; su tapiz mucoso se pone tumefacto, se inyecta, y los vasos que lo nutren,

bajo la influencia de una hiperemia escesiva, se dilatan, como los de la conjuntiva en casos de inflamacion de esta membrana, y por último se rompen, disipándose ese encadenamiento de fenómenos por la hemorragia que sobreviene. De la integridad mas perfecta de tres elementos depende necesariamente el desempeño conveniente de la funcion menstrual, á saber : 1°, del vigor y desarrollo perfecto del útero, los ovarios, y la vagina; 2°, del estado normal de la sangre ; y 3°, del tono perfecto del sistema nervioso que rige las relaciones entre el útero y los ovarios.

Cualquier influencia que trastorne uno ó mas de estos elementos, puede detener la ovulacion, gran causa motriz del proceso menstrual; impedir el grado de congestion simpática indispensable á la rotura de los vasos uterinos; ú oponerse á la salida de la sangre derramada.

Antes se suponía, y algunos creen todavía hoy, que la falta de menstruacion ocasiona muchos males constitucionales, como por ejemplo, la clorosis, la tísis, las hidropesías, etc. ; pero es sumamente probable que al formar semejante deduccion, se haya tomado el efecto por la causa. El empobrecimiento de la sangre y perturbaciones nerviosas que acompañan á dichas enfermedades, determinan la cesacion de las reglas; pero no existe la mas insignificante prueba en apoyo de la teoría de que la amenorrea pueda causar una lesion permanente en ningun órgano del cuerpo.

Causas.—Despues de lo que acabamos de decir, se puede hacer una lista de las causas de la enfermedad sin temor de confundir al lector.

La amenorrea puede ser resultado de cualquiera de las condiciones siguientes:

Estados anormales de los órganos de la generacion.

Falta del útero, ó de los ovarios;
Desarrollo imperfecto del útero ó de los ovarios;
Oclusion del útero ó de la vagina;
Atrofia uterina;
Pelvi-peritonitis;
Atrofia de ámbos ovarios;
Degeneracion quística de ámbos ovarios.

Estados anormales de la sangre.

Clorosis;
Plétora;
El estado de la sangre incidental á la tísis;
" " " á la cirrosis;
" " " al mal de Bright, etc.

Estado anormal del sistema nervioso ganglionar.

Atonía resultante de la depresion de ánimo;
" " " falta de aire y de ejercicio;
" engendrada por el lujo y la indolencia;
" dependiente de enfermedades constitucionales como la tísis, etc.

La falta total de los órganos generativos internos es muy rara, aunque no lo es tanto su desarrollo imperfecto. Scanzoni, refiriéndose á la falta del útero, dice: "El análisis atento de los casos de ausencia completa de la matriz que se han enumerado, ha revelado casi siempre la existencia de algunos rudimentos de este órgano; de manera que los casos auténticos é incuestionables de esta anomalía no son muy frecuentes." Este autor añade además que no ha podido nunca patentizar un solo caso. Yo he visto un ejemplo presentado por el Profesor I. E. Taylor á la *Obstetrical Society* de Nueva York, en el que no pudo descubrirse el menor vestigio del útero, con el exámen mas escrupuloso de las partes, estraidas despues de la muerte.

La ausencia de ámbos ovarios es enteramente rara, siendo mas comun que existan en estado rudimentario, análogo á aquel en que se encuentran durante la vida fetal.

La oclusion de la vagina puede depender de una atresia congénita ó adquirida, la imperforacion de la membrana hímen, ó la contraccion del canal, consecuencia de una escara ó de inflamacion; pudiendo existir tambien una oclusion congénita ó accidental de la cavidad del cuello.

El Profesor Hodge, de Filadelfia, ha descrito hábilmente con el nombre de "sedacion," lo que yo he llamado atonía del sistema nervioso, y consiste en una disminucion de la escitabilidad, vigor y actividad de la accion nerviosa que dirige las funciones de los diversos órganos, y tiene por causa influencias físicas y morales, de las cuales han sido ya enumeradas algunas. La accion del corazon, la digestion, la perístole y la regularizacion del calor animal, constituyen algunas de las funciones que se encuentran bajo la influencia del sistema ganglionar. Es probable que el cumplimiento de dichas funciones se verifique de un modo normal en una persona que viva arreglada y metódicamente, en el campo por ejemplo; pero si el mismo individuo se traslada á una ciudad populosa, sigue la vida del estudiante, y debilita su potencia nerviosa acostándose tarde, respirando una atmósfera viciada, y cansando el cerebro, todas ellas se trastornan rápidamente, presentándose pronto las palpitaciones cardíacas, la dispepsia, el enfriamiento de las estremidades y el estreñimiento del vientre. Este cambio, que se efectúa por lo comun con lentitud, aunque algunas veces ocurre con rapidez á consecuencia de un viaje por mar ó de algun esfuerzo mental violento, afecta tambien de un modo semejante al proceso de la ovulacion y de la menstruacion, unas veces gradual y otras rápidamente.

Diagnóstico diferencial.—Antes de recurrir al tratamiento de este estado morboso, debe diferenciarse con cuidado de los siguientes:

Preñez;
Menopáusis;
Menstruacion tardía.

Cuando se sospecha la primera condicion, es fácil reconocerla por la investigacion de sus signos característicos; pero sucede muchas veces, que el médico sin sospechar su existencia, satisface las aspiraciones criminales de ciertas mujeres y frustra las esperanzas de otras, provocando inocentemente el aborto por el tratamiento adoptado.

La menopáusis ocurre ordinariamente entre los 40 y los 50 años, aunque suele suceder que se demore hasta los 60 ó los 70, ó sobrevenga en una edad muy prematura, pudiendo presentarse aun á los 21 años. El Dr. Tilt[1] reunió 49 casos de cesacion precoz de la catamenia, en 27 de los cuales las reglas desaparecieron entre los 27 y los 39 años. La ausencia de malestar durante los períodos en que debiera ocurrir la menstruacion, auxiliará al práctico á formar una deduccion exacta respecto de la naturaleza del caso.

A veces las madres manifiestan gran ansiedad si sus hijas han llegado á los 17 ó 18 años sin menstruar; pero debe tenerse presente que el retardo de la funcion hasta esa edad no es muy raro. En estos casos la distincion debe establecerse de la misma manera indicada en el párrafo precedente.

Tratamiento.—Por lo espuesto se deduce que la amenorrea no es una enfermedad, sino un síntoma de algun mal local ó constitucional; y por lo tanto será por necesidad empírico todo esfuerzo que tenga por objeto el simple restablecimiento de la funcion ausente. Debe descubrirse la causa y hacerla desaparecer siempre que se pueda. Cuando es posible hacerlo así, el método propio para efectuarla será evidente; miéntras que si depende de algun estado incurable, se ganará mucho evitando los medios previamente empleados con la vana esperanza de provocar el flujo, y apartando del ánimo de la enferma la influencia atormentadora de la duda y de la ansiedad.

Cuando la matriz no existe, todo lo que puede hacerse para aliviar los síntomas urgentes que se presentan con cada período, se limita á estraer, si fuese necesario, una cantidad suficiente de sangre por la flebotomía del brazo.

La oclusion del cuello ó de la vagina debe combatirse por medios quirúrgicos, venciéndose el obstáculo con el cuchillo, las tijeras, ó el trócar.

Si el mal depende de un útero rudimentario ó atrofiado, deberá desarrollarse el órgano por el estímulo local y la distension. Cada semana

[1] On Uterine and Ovarian Inflammation, p. 54.

ó cada quince dias se le distiende completamente por medio de un dilatador, á fin de escitar un aumento de nutricion, y por consiguiente de volúmen y capacidad, manteniendo en el útero, en el intervalo y con igual objeto, un pesario galvánico intra-uterino. El desarrollo que se obtiene por la perseverancia en la práctica de este plan es asombroso, pudiéndose conseguir por medio de él muchas veces que vuelva el útero á su volúmen natural, y reaparezcan las reglas; pero semejante resultado suele no alcanzarse sino al cabo de mucho tiempo, pudiendo trascurrir algunos años ántes de lograrlo por completo.

Cuando la falta de la funcion es debida á la plétora, la anemia, ó la clorosis, deben aliviarse dichas condiciones: la primera por la flebotomía, una dieta severa, el ejercicio, y el aire puro; y la segunda y tercera por el cambio de temperatura, una alimentacion nutritiva, el ejercicio, y los tónicos ferruginosos. El Profesor Bedford preconiza en casos de plétora sangrías en el brazo, practicadas una vez al mes en el intervalo de las épocas menstruales.

Si el estado morboso principal consiste en una alteracion grave del organismo, como la tuberculosis, ó las otras mencionadas, se dirigirá la atencion, no al síntoma resultante, sino á la fuente en que este se origina.

La atonía del sistema nervioso que rige á la menstruacion se combate por un régimen tónico general, pudiendo mencionarse el ejercicio á pié ó á caballo, el desarrollo sistemático del cuerpo y de los miembros, el bogar, la alimentacion nutritiva, los baños de mar, y los tónicos neurosténicos medicinales, por ejemplo, la nuez vómica, la estricnina, la quinina y la electricidad, entre los medios especialmente adecuados para curar dicha condicion. En los casos de esta naturaleza es en los que se puede con frecuencia restablecer la menstruacion por medio de los medicamentos llamados emenagogos, aun cuando se les emplee empíricamente. Presentándose la atonía general nerviosa acompañada muchas veces de la clorosis, y del estreñimiento siempre, es probable que la combinacion rutinaria del aloes, el hierro, y la mirra ó la nuez vómica, produzca un efecto favorable en la perturbacion nerviosa y en dos de sus fenómenos consecutivos; y que puedan escitarse temporalmente los nervios para el desempeño de sus funciones administrando la ruda, el cornezuelo de centeno, el tanaceto, ó la sabina. Pero la curacion por semejantes medios nunca puede predecirse con confianza, siendo necesario adoptar y observar sistemáticamente un plan mas general, que tenga por objeto la mejoría de la constitucion de la enferma. Los medios generales ya indicados siempre serán beneficiosos. Si no es posible conseguir de la paciente que evite en su casa lo que le es perjudicial, ni que tenga la energía suficiente para observar un régimen que requiera algun esfuerzo de su parte, conviene hacerla residir por algun tiempo en una institucion hidropática bien dirigida, donde el recogerse temprano, la alimentacion frugal, el ejercicio, una sociedad amena,

la atmósfera pura, y los baños, producirán un efecto fortificador que será de gran valor en la curacion de la dolencia.

Los medios constitucionales, sin embargo, no son los únicos que deben adoptarse, pudiendo recurrirse ventajosamente á los estimulantes locales, una vez mejorado el estado general. Los mas eficaces entre estos últimos son:

Introduccion de la sonda;
Dilatadores;
Ventosas;
Electricidad;
Inyecciones estimulantes;
Baños.

Es probable que estos medios por su accion ejerzan cierta influencia, no sólo sobre el útero, sino que algunas veces con sus efectos estimulantes determinen el proceso de la ovulacion. La sonda se introduce hasta el fondo una vez diaria durante tres ó cuatro dias ántes de la época en que deba presentarse el flujo; ó una vez á la semana durante todo el mes, si el proceso de la ovulacion no se manifiesta. En las mismas épocas pueden emplearse los dilatadores de esponja ó de laminaria, sin olvidar durante su uso los peligros que acarrean.

La aplicacion de ventosas secas al cuello uterino determina en dicha parte una hiperemia marcada, que propagándose al cuerpo del órgano, sustituye la que debiera ocurrir por causas fisiológicas. Un modo muy sencillo de producir dicho resultado consiste en abrazar el cuello con la abertura del cilindro de goma representado en la Fig. 169, y hacer en seguida el vacío retirando el émbolo.

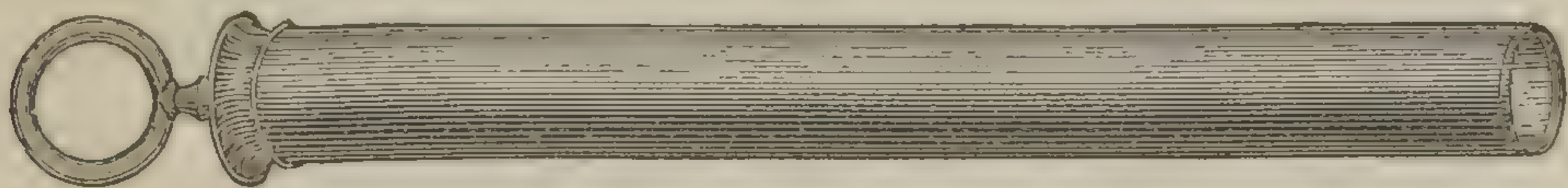


Fig. 169.—Ventosa para el cuello uterino.

Antes de introducir este instrumento, se debe exponer el útero á la vista por medio del spéculum. De esta manera he sacado yo sin esfuerzo de 4 á 8 gramos de sangre de la mucosa del cuello.

La electricidad es un medio bastante útil. Uno de los polos de la batería se coloca sobre la region inferior de la columna vertebral, y el otro se pasa sobre el hipogastrio, se pone en contacto con el cuello, ó bien se introduce hasta el fondo del útero por medio de un alambre cubierto con un cáteter de goma elástica hasta tres pulgadas de su estremidad. El Profesor Simpson, con objeto de mantener una corriente suave pero contínua en el interior del útero, recomienda la introduccion hasta el fondo, de una varilla mitad de cobre y la otra mitad de zinc, que tenga en su estremidad inferior un disco oval en que descanse el cuello. El Dr. Noeggerath ha modificado este instrumento cons-

truyendo la varilla de dos láminas paralelas de cobre y zinc, en vez de los dos pedazos de estos metales unidos en el centro de la misma. Debiendo permanecer colocados estos instrumentos miéntras la enferma se mueve de un lado á otro y hace ejercicio, siempre se corre peligro de que irriten demasiado las paredes del útero. Para evitarlo, empleo yo una varilla compuesta de bolillas alternadas de zinc y de cobre, unidas por un alambre fino que atraviesa el centro de cada una, hallándose fijo á la superior y al disco vaginal en que termina por su parte inferior (Fig. 170). El instrumento es flexible, se acomoda á cualquier movimiento del útero, y no puede por consiguiente lastimar las partes. El disco ó bulbo debe ser globular, á fin de que descanse en la pieza cóncava colocada entre las ramas del pesario de Hodge ó de Smith. (Véase la Fig. 130.)



FIG. 170.—Pesario galvánico.

Las inyecciones de agua bien caliente, que contengan sal, jabon ó aloes, son un recurso precioso como estimulante del flujo menstrual; de esta manera no sólo se irritan los nervios uterinos con la sustancia medicinal, sino que se determina un aflujo de sangre al útero por el contacto directo del líquido caliente con este órgano. Los baños de piés y de asiento, usados hace tiempo para provocar la menstruacion, deben ser prolongados, y de una temperatura tan elevada como la enferma pueda soportarla. Además de estos medios, puede inyectarse ventajosamente la vagina con agua caliente, arrojando contra el cuello del útero de cuatro á ocho litros del líquido por medio de una jeringa apropiada.

Fundados en el razonamiento analógico, y en virtud de nuestros conocimientos fisiológicos sobre la menstruacion, podemos deducir que la amenorrea, en cierto número de casos, es debida á la falta de ovulacion. Esto no puede probarse clínicamente, pero puede sospecharse con fundamento, cuando no se presentan en las épocas menstruales ninguno de los síntomas que generalmente acompañan á dicho proceso. Los medios que deben emplearse en el tratamiento son los ya aconsejados, porque cualquiera de las causas mencionadas puede producir la variedad de esta afeccion que es debida á la falta de funciones ováricas, de la misma manera que dan lugar á la otra variedad que depende de la incapacidad del útero.

CAPÍTULO XL.

LEUCORREA.

Mi ansiedad por hacer comprender la gran importancia de que este estado se estudie y trate como un síntoma de enfermedad uterina ó vaginal, y no como una enfermedad primaria, me ha hecho dudar sobre la oportunidad de dedicarle un capítulo aparte; y confieso, que al hacerlo así, cedo á una costumbre establecida que no apruebo por completo, á lo que puede atribuir el lector lo que le parezca superficial en el tratamiento del mal. Estoy bien persuadido de que el que escriba dentro de cincuenta años omitirá por completo el estudio separado de este síntoma.

Definicion.—Esta afeccion cuyo nombre se deriva de λευκός, "blanco," y ῥέω, "yo fluyo," consiste en un flujo vaginal mucoso, de un color blanquecino, amarillento, ó verdoso.

Sinónimos.—La leucorrea ha sido descrita en épocas modernas con los nombres de *fluor albus*, blenorrea, pérdidas blancas, flores blancas, etc.; y era tal la variedad de voces con que se la designaba en la literatura antigua, que recibió mas de cincuenta nombres en distintas épocas.

Frecuencia.—Ningun mal ó síntoma de todo el catálogo de las enfermedades femeninas es tan comun como este, y probablemente no existe mujer que no lo haya padecido durante algun tiempo, mas ó ménos largo, en alguna época de su vida, aunque llama la atencion de la enferma, haciéndola acudir al médico, sólo cuando el flujo se hace molesto por su constancia, abundancia ó propiedades irritantes.

Historia.—Los escritos mas antiguos de la escuela griega, y las páginas de la literatura médica árabe y romana contienen numerosas descripciones de este mal. Hipócrates lo describe mencionando entre sus síntomas la palidez, y la hinchazon de la cara y del vientre, y demuestra haber poseido un conocimiento íntimo del tratamiento, cuando admite que el mal es de difícil curacion. Areteo de Capadocia, aludió en el siglo primero á las variedades de la leucorrea en cuanto á

color, cantidad, etc., y Aecio, y Pablo de Egina mencionan dos formas de la enfermedad: el flujo blanco y el rojo, para el último de los cuales recomendaba Aecio la gestacion, la vociferacion, el andar, etc. Los árabes Haly, Abbas, y Alsaharavio, escribieron sobre la materia, pero nada nuevo dijeron sobre ella.

El mal ha sido objeto de un estudio particular en los tiempos modernos tanto como en los antiguos, considerándosele mas bien como enfermedad que como síntoma, hasta el establecimiento por Récamier de la escuela actual de ginecología; y aun mucho despues continuaron generalmente mirándolo como un fenómeno resultante de la debilidad constitucional, ó espresivo de un estado de alteracion de la sangre. Las ideas predominantes en el dia respecto de esta afeccion se deben mas que á nadie al Dr. J. H. Bennet, de Lóndres, quien con argumentos incontestables, apoyados en pruebas clínicas, demostró claramente que por lo general no es mas que un síntoma que depende de alguna lesion local. El Dr. Tyler Smith, en una memoria concienzuda sobre la materia, ha dilucidado notablemente tambien ciertos puntos relativos á la patología de esta enfermedad, que ántes de su tiempo no se habían aclarado.

Patología.—El flujo mucoso, ó moco-purulento, es síntoma de la inflamacion de la vagina y de la mucosa del útero y los oviductos, como lo es de la bronquitis, la uretritis, y el catarro nasal y de las fauces; y las mismas causas que lo producen en otras partes pueden causarlo en los órganos genitales, constituyendo siempre un signo aislado de un estado patológico. Sin embargo, no siempre indica un trabajo inflamatorio, pues así como en muchas personas un enfriamiento determina un flujo mucoso de la nariz sin que exista inflamacion, así tambien muchas mujeres padecen leucorrea provocada por cualquier causa que produzca una hiperemia local de la membrana mucosa. Pero el mal en estos casos es pasajero y va seguido ó precedido de la congestion menstrual, ó depende de la fatiga, ó agotamiento de fuerzas. Cuando se hace permanente, y el flujo mas abundante y acre, es probable que esté relacionado con una condicion morbosa, y entónces es siempre un síntoma de un estado anormal del útero, las trompas, ó la vagina, y debe procederse al exámen de estos órganos.

Cualquier causa que aumente moderadamente la actividad vascular en un órgano secretorio, tiende á hacer mayor la cantidad de secrecion; y digo que aumente moderadamente, por cuanto una turgescencia escesiva, como la de la flegmasía aguda, suspende la secrecion por complete. Cuando semejante influencia se deja sentir en cualquier parte de la mucosa que cubre el trayecto genital de la mujer, el resultado es un flujo escesivo de plasma, y una esfoliacion rápida de células epiteliales y la formacion de corpúsculos de pus.

Variedades.—Se divide la leucorrea en uterina y vaginal, segun el sitio de donde proceda; pudiendo ámbas formas existir simultánea ó damente. Cuando es vaginal, puede continuar así durante algun

tiempo, ó propagarse al útero y á los oviductos; miéntras que si la inflamacion que es causa del flujo está circunscrita á la mucosa del útero, puede limitarse á esta sin interesar la vagina; pero el canal que recibe los productos de la secrecion uterina se escita generalmente á un trabajo morboso. En los niños que padecen catarro nasal, se observa con mucha frecuencia un resultado análogo, desapareciendo la capa epitelial del labio superior, y desarrollándose sobre las partes adyacentes de la cara una erupcion papulosa ó vesicular.

La leucorrea vaginal consiste en un flúido blanco, lechoso, y purulento, que, segun el Dr. Tyler Smith, se compone de los siguientes elementos:

Plasma ácido;
Epitelio escamoso;
Corpúsculos de pus;
Glóbulos sanguíneos;
Sustancia adiposa.

La Fig. 171 representa su aspecto microscópico.

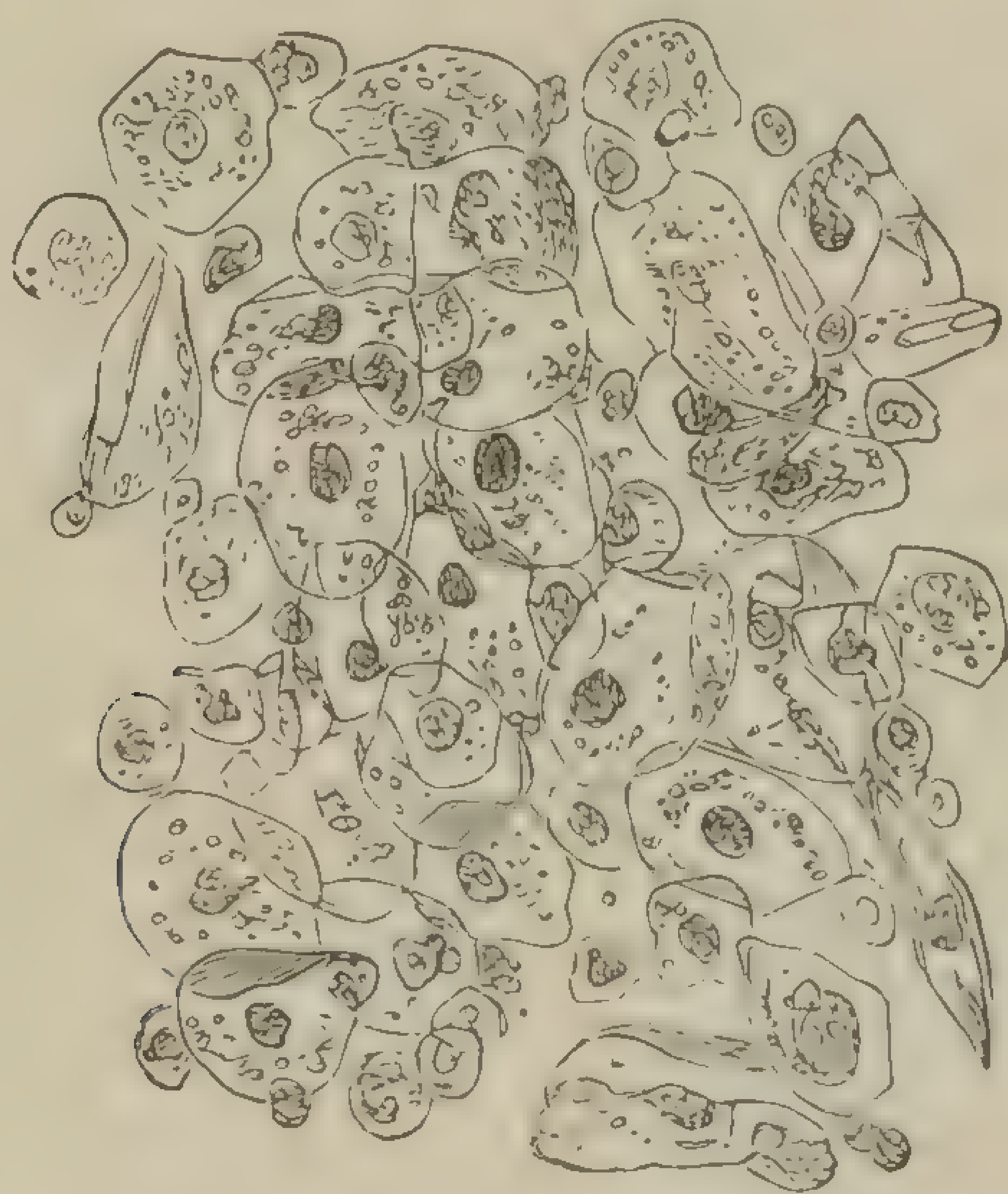


Fig. 171.—Leucorrea vaginal vista con el microscopio. (Smith.)

El flujo que proviene del canal del cuello es espeso, tenaz y viscoso, como la clara de huevo, y se compone de:

Plasma alcalino;
Corpúsculos mucosos;
Epitelio cilíndrico alterado;
Corpúsculos de pus;
Glóbulos sanguíneos;
Partículas adiposas.

Examinado con el microscopio, presenta el aspecto que se ve en la Fig. 172.

El flujo que proviene del cuerpo del útero se asemeja al de la forma cervical, pero es ménos tenaz y viscoso y lo mas comun es que se presente sanguinolento.

Causas.—Las causas de esta afeccion, siguiendo una costumbre establecida, se han dividido en constitucionales y locales; pero se

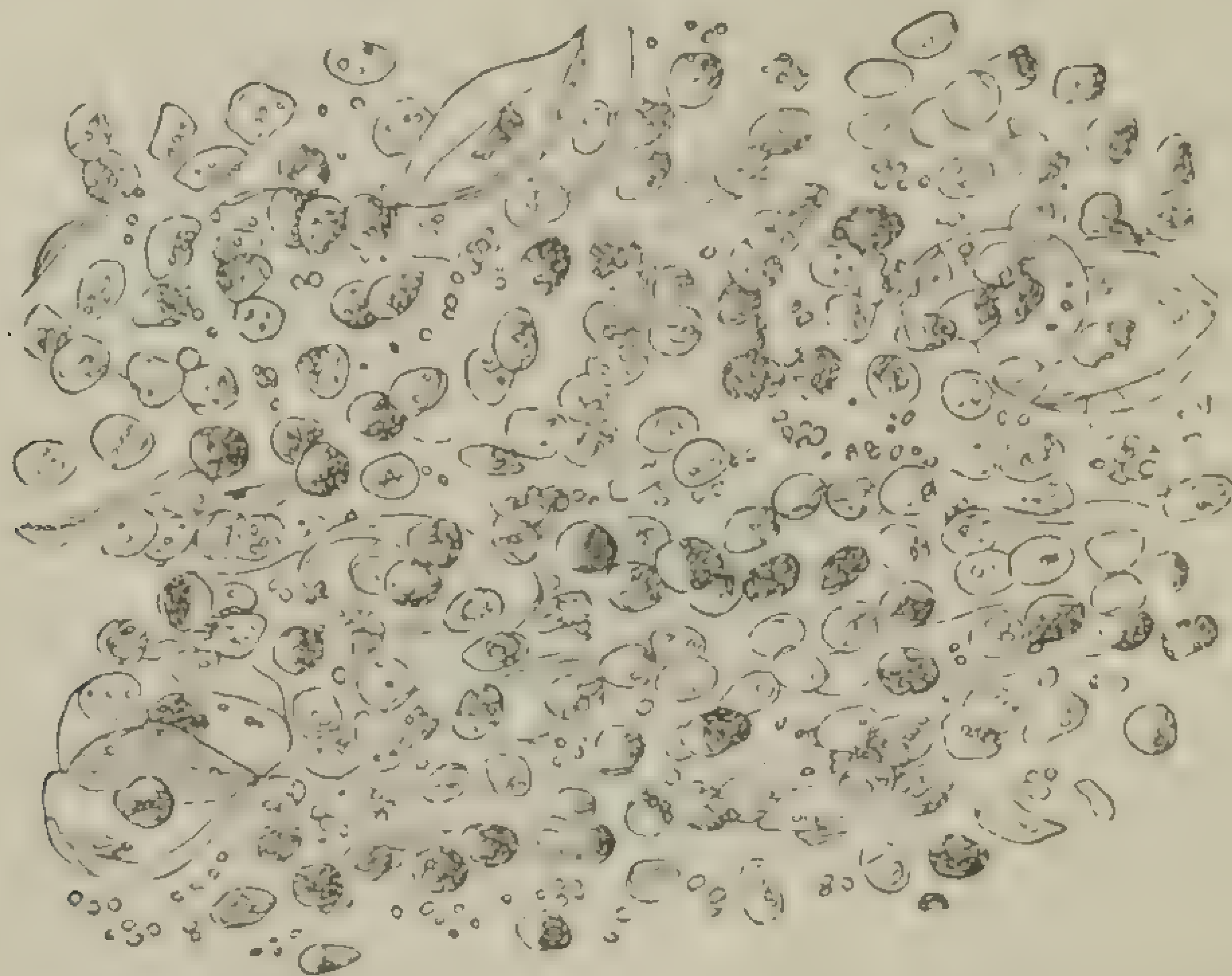


FIG. 172.—Leucorrea cervical vista con el microscopio. (Smith.)

puede apreciarlas con mas exactitud dividiéndolas en dos categorías, una de las cuales produce la enfermedad por congestion, y la otra por inflamacion.

Causas por congestion.

Subinvolucion del útero ó de la vagina;
Supresion de las reglas;
Pólipos, cuerpos fibroídeos, ó vegetaciones fungosas;
Lactancia prolongada;
Gestacion y parto;
Cóito escesivo;
Anemia;
Dislocaciones del útero.

Causas por inflamacion.

Endometritis, cervical ó del cuerpo;
Degeneracion granulosa;
Ulceracion sifilítica;
Pólipos ó fibroides;
Vaginitis, simple ó específica.

Las causas espuestas nos demuestran que el mal es algunas veces trivial y fácil el hacerlo desaparecer rápidamente, á favor de la combinacion prudente de medios locales y generales; miéntras que otras muchas depende de un estado patológico grave del útero ó de la vagina, y es por consiguiente de difícil curacion.

Pronóstico.—Depende en gran parte de la causa; siendo favorable siempre que esta pueda combatirse fácilmente, y lo contrario si el mal está relacionado con alguna lesion orgánica de carácter grave.

Resultados.—La leucorrea uterina puede determinar:

Esterilidad;
Vaginitis;
Prurito de la vulva;
Vulvitis;
Salpingitis;
Degeneracion granulosa.

El Dr. Tyler Smith, en la obra á que acabamos de referirnos, dice que puede causar hasta una enfermedad del parénquima; pero es mucho mas probable que la endometritis que determina el flujo, lo produzca tambien alterando la nutricion.

Tratamiento.—El primer deber del facultativo que tenga que hacerse cargo de un caso de leucorrea, consiste en descubrir la causa del flujo muco-purulento. Los signos racionales nos harán sospechar generalmente el orígen del mal; pero el diagnóstico de la condicion que produce el síntoma que ha llenado de ansiedad á la enferma, puede establecerse mas completamente por medio del reconocimiento físico; y si este revela la existencia de una enfermedad del útero, de la vagina, ó de las trompas, sea en forma de flegmasía ó de hiperemia, se debe combatir de la manera adecuada. En otros capítulos de esta obra, al hablar de las enfermedades especiales de dichas partes, se han espuesto los métodos que han de seguirse, y estaría de mas hacer aquí la recapitulacion de los mismos.

Hay que adoptar, además, un régimen que tenga por objeto especial dar tono á los dilatados vasos de la mucosa, y vencer la tendencia al esceso de formacion de células, y exudacion de plasma de la sangre. Para empezar, se someterá desde luego á la enferma á un tratamiento tónico general, administrándole quinina, ó corteza del Perú, estricnina, y hierro; ordenando baños de mar; cambio de residencia y la sustitucion de influencias sociales tranquilas y amenas, en vez de las que escitan ó deprimen, y una alimentacion sencilla y nutritiva en que se evitarán rigurosamente todos los estimulantes, especias y condimentos.

En cuanto al tratamiento local, se principia limpiando bien la vagina, y aplicando en seguida á toda su superficie, por medio de una esponja montada en una ballena, ó mango, una disolucion de nitrato de plata, en la proporcion de 1 parte por 8 ó 10 de agua. Hecho esto, se deja en el conducto un tapon de algodon empapado en glicerina, el cual lleva atado un hilo para que pueda la enferma quitárselo al cabo de veinte y cuatro horas, despues de las cuales se hacen copiosas inyecciones intravaginales astringentes y calmantes, por la mañana y por la noche. El alumbre, el tanino, el cocimiento de corteza de encina, el plomo, y el

zinc, son los mejores astringentes que pueden emplearse con este objeto, y son buenas combinaciones las siguientes:

℞.	Acido tánico,	℥ iv,	=	120 gramos.
	Glicerina,	℥ xvj,		480 "

Mézclese.—Una cucharada en un litro de agua templada, para inyeccion vaginal de cinco minutos por la mañana y por la noche, empleando la jeringa de Davidson ó la de fuente.

℞.	Sulfato de zinc,	ʒ iss,		6 gramos.
	Sulfato de alúmina,	ʒ iss,	=	6 "
	Glicerina,	℥ vj,		180 "

Mézclese.—Para usar del mismo modo que la anterior.

Se harán semanalmente aplicaciones de una disolucion de nitrato de plata, cada vez mas débil, empleando en seguida el tapon de algodon empapado en glicerina, ó en un glicerolado de tanino, hasta que se logre la curacion; la cual se conseguirá casi siempre por estos medios, á ménos que exista algun otro mal que reproduzca un síntoma á que ya ha podido dar lugar. Si dicho mal existe y pasa desapercibido para el médico, volverá á producir inevitablemente los mismos efectos que la vez primera. Importa no descuidar ninguno de estos dos planes de tratamiento—el de la enfermedad primaria y el del síntoma; pues la combinacion de ámbos suele proporcionar mejores resultados que los que se obtienen por medio de uno ú otro exclusivamente.

Los astringentes parecen ser perjudiciales en algunos casos de vaginitis crónica, en los cuales producen alivio las infusiones de linaza, de corteza de olmo, ó de otras sustancias análogas. Por otra parte, en el tratamiento de la endometritis crónica, son muchas veces beneficiosas las inyecciones astringentes, no sólo porque con su uso se logra el aseo de la parte, sino porque endurecen la mucosa vaginal y previenen la complicacion de vaginitis. Entrar mas minuciosamente en el tratamiento de la leucorrea sería en contra del principal objeto que me propongo, á saber: subordinar la importancia de esta enfermedad á la de los estados morbosos que la producen.

CAPÍTULO XLI.

ESTERILIDAD.

Definicion y sinónimos.—Esta palabra, que se deriva de στεῤῥός, "estéril," y envuelve la incapacidad para la concepcion, es sinónima de infecundidad.

Historia.—La esterilidad ha sido objeto de sumo interés, desde los tiempos mas remotos hasta nuestros dias, habiendo disertado acerca de ella todos los autores que han escrito sobre las enfermedades especiales de las mujeres; y demasiado conocida es la frecuencia con que los escritores bíblicos hacen de ella como un reproche para las mujeres.

Causas.—Para comprender la patología de la esterilidad, es indispensable entender de una manera clara la fisiología de la concepcion. En el acto de la cópula, el miembro viril, introducido en la vagina, arroja sobre el cuello y dentro de su cavidad un líquido acuoso espeso, que contiene en suspension gran número de células provistas de pestañas vibrátiles que facilitan su movimiento. La mayor parte del líquido se derrama en la vagina; pero muchas de las células que contiene suben al cuerpo del útero, y marchando por las trompas, llegan hasta los ovarios. Si encuentran un óvulo, puede verificarse la fecundacion en los ovarios, en las trompas ó en el útero. Cuando el óvulo fecundado se arraiga en el útero, la membrana mucosa de este órgano esperimenta un desarrollo que determina alrededor de dicho óvulo la formacion de una túnica llamada *decidua refleja.* El proceso ulterior no nos importa, pues una vez fijo en el útero el óvulo fecundado, ha seguido la concepcion á la fecundacion.

Teniendo presentes estos hechos, evidente es que varias causas pueden impedir el desempeño de tan delicado proceso. En lo que á la mujer atañe, son cuatro las condiciones indispensables para la realizacion de este proceso.

1ª. Posibilidad de la entrada del líquido seminal en el útero;

2ª. Posibilidad de la produccion de un óvulo sano;

3ª. Posibilidad de la entrada de un óvulo en el útero;

4ª. Que no haya en el útero causas que destruyan la vitalidad del sémen, ó impidan que el óvulo se arraigue en la pared uterina.

La mujer en quien se reunan estas cuatro condiciones no será estéril, y si no llega á ser madre, culpa será del hombre y no de ella; ó habiendo concebido, puede haber tenido una sucesion de abortos, que se hayan creido equivocadamente ataques de menorragia.

Las causas especiales de la esterilidad, ó las que impiden la reunion de las condiciones enumeradas, pueden presentarse como sigue:

1ª. *Causas que impiden la entrada del sémen en el útero.*

Falta del útero ó de la vagina;
Hímen obturador;
Vaginismo;
Atresia de la vagina;
Oclusion del canal del cuello;
Configuracion cónica del cuello;
Endometritis cervical;
Pólipos, ó fibroides;
Dislocaciones;
Pequeñez del orificio interno.

2ª. *Causas que se oponen á la produccion de un óvulo sano.*

Ovaritis crónica;
Quistes de ámbos ovarios;
Celulitis ó peritonitis;
Falta de los ovarios.

3ª. *Causas que impiden la entrada del óvulo en el útero.*

Estrechez ú obliteracion de las trompas de Falopio;
Falta de las trompas;
Separaciones y dislocaciones de las trompas.

4ª. *Causas que destruyen la vitalidad del sémen ó impiden que el óvulo fecundado se arraigue en el útero.*

Endometritis del cuerpo ó del cuello;
Dismenorrea membranosa;
Menorragia ó metrorragia;
Escrecencias anormales;
Hiperplasia areolar.

La manera de obrar la mayor parte de estas causas es tan evidente que sobra con mencionarlas; pero hay algunas que requieren una esplicacion especial.

El vaginisimo es un apelativo que en los últimos años se ha dado á un estado hiperestésico de la entrada de la vagina, que determina el espasmo de su esfínter. Este se opone á la introduccion del miembro

viril, y por consiguiente al derrame del sémen en la vagina, imposibilitando por completo la union de los sexos, en algunos casos graves. Esta afeccion es bastante frecuente, y es causa poderosa de esterilidad.

El Dr. Sims ha indicado, como causa frecuente de infecundidad, la configuracion anormal del cuello uterino. Si esta parte es tan larga que se dobla sobre sí misma, es evidente que puede presentar obstáculo al paso del sémen por su cavidad ; pero se han observado numerosos casos de esterilidad, aun en mujeres en que el cuello de la matriz, si bien de figura cónica, presentaba una longitud ménos exagerada. Mi propia esperiencia me lleva á la conclusion terminante de que, si se esceptúa la endometritis, dicha forma es la causa mas comun, y afortunadamente una de las mas remediables, del mal que nos ocupa. La Fig. 173 representa la variedad de cuello conoídeo que se observa generalmente como causa determinante de esterilidad.



FIG. 173.—Cuello conoídeo. (Sims.)

La endometritis, ya del cuello, ya del cuerpo, llena el trayecto uterino de un moco espeso y tenaz que suele impedir la entrada del sémen, ó destruir su vitalidad.

Las flexiones del útero, por cuanto son causa de que se doble el canal del cuello ; y las versiones, porque aprietan el orificio contra una de las paredes de la vagina y cierran esta como con una válvula, pueden obstruir enteramente el paso al útero.

La pelvi-peritonitis establece muchas veces una esterilidad del carácter mas irremediable, por la obliteracion y dislocacion de las trompas que suele producir. El segundo período de la enfermedad es caracterizado por un exudado de linfa plástica que con el tiempo se contrae, y ó cierra los oviductos, ó los desvía de su posicion normal.

La dismenorrea membranosa, ó mejor dicho la tendencia á la esfoliacion de la mucosa uterina que la caracteriza, altera de tal modo la superficie interna del útero, que hace imposible la fijacion del huevo.

La menorragia y la metrorragia pueden llevarse el huevo despues de fecundado y ántes de que se arraigue. La hemorragia menstrual normal se verifica ántes de que el óvulo descienda á la matriz ; pero si fuere escesiva ó prolongada, puede llevarse tambien el huevo, lo mismo que la metrorragia. No hay aborto con semejantes circunstancias ; pues, aunque se haya efectuado la fecundacion, no ha habido concepcion.

Las escrecencias anormales de cualquier forma que ocupan la cavidad uterina, como, por ejemplo, fibroides, pólipos, hidátides ó molas, pueden estorbar de tal modo la fijacion del huevo en el útero, que impidan la concepcion, aun despues de estar aquel fecundado.

Aunque es imposible demostrar terminantemente que una enfermedad crónica grave de los ovarios determine una influencia destructora

para el huevo, hacen muy probable esta deduccion los resultados de la esperiencia en tales casos. Las mas veces la ovaritis crónica, la pelvi-peritonitis ó la celulitis general, y los quistes de ámbos ovarios, producen dicho efecto.

De las causas mencionadas, son unas mucho mas comunes que otras, y podríamos ordenarlas, segun su frecuencia, como sigue: primera, endometritis glandulosa del cuello; segunda, hiperplasia areolar, provocada por la subinvolucion del útero; tercera, configuracion cónica del hocico de tenca y contraccion del orificio; cuarta, flexion y version del útero; quinta, contraccion del orificio esterno; sesta, cuerpos fibroídeos, ya intersticiales, ya submucosos; sétima, menorragia ó metrorragia; y octava, incapacidad ovárica, consecuencia de ovaritis crónica, ó de pelvi-peritonitis. No presento este órden de frecuencia dogmáticamente, sino sólo para dar idea de lo que pienso acerca del asunto.

Diagnóstico diferencial.—Antes de decidir que una mujer es estéril, se debe indagar la capacidad sexual del marido, pues á los hombres les repugna confesar su impotencia; y muchas veces dejan que se suponga esterilidad por parte de sus esposas ántes que admitir la verdad del caso. Dos veces he cloroformizado mujeres, roto la membrana hímen, y dilatado la vagina, en la creencia de que una esterilidad de algunos años de duracion se debía á la imposibilidad de efectuar la cópula; y descubrí despues que los maridos eran impotentes del todo, ya desde ántes del matrimonio.

Pronóstico.—El pronóstico de un mal que puede ser efecto de tantas causas diversas tiene necesariamente que carecer de exactitud, pues la curacion depende absolutamente de que desaparezca el estado que lo determina. Mucho depende tambien de que el médico investigue detenidamente las causas, y de que conozca los medios curativos que han de emplearse, pues es incuestionable que una gran parte de mujeres estériles pueden volverse fecundas, merced á un tratamiento oportuno.

Resultados.—La esterilidad, si bien no produce ningun resultado físico, ocasiona á menudo depresion de ánimo, y entristece á quien en otras circunstancias sería alegre y placentera; pues la mujer casada siempre ha mirado y seguirá mirando esta inaptitud como una falta, y no hay argumentos que basten á que la acepte con resignacion.

Tratamiento.—Este se reduce á suprimir las causas del mal. Muchas son irremediables, y son tan manifiestos los medios para combatir otras, que sólo de unas pocas debe hacerse mencion especial. El hímen obturador, el vaginismo, la atresia de la vagina, y la oclusion del canal del cuello, deben remediarse por los procedimientos operatorios convenientes.

Cuando la longitud ó la conicidad del segmento vaginal del cuello no son demasiado pronunciadas, puede ensancharse por la operacion bilateral descrita en otro lugar; pero si la causa de esterilidad consistiere en una ligera estrechez del canal cervical, se ensayará la dilatacion

en vez de un procedimiento quirúrgico. En los casos graves en que el hocico de tenca presenta una longitud muy exagerada y su configuracion es marcadamente cónica, ninguno de los procedimientos indicados basta para vencer el obstáculo, y entónces hay que amputar el cuello ; siendo muchas veces necesario, para que se consiga la curacion, recurrir á la histerotemía cervical por el procedimiento bilateral, despues de repuesta la enferma de los efectos de la amputacion. Con respecto á esta materia remitimos al lector á los capítulos en que se trata de la dismenorrea y de la amputacion del cuello. La endometritis, sea del cuerpo ó bien del cuello, se combate de la manera apropiada, y las escrecencias anormales se tratan como si no hubiese esterilidad.

Si se descubre una dislocacion, debe reducirse manteniendo el órgano en su posicion normal, si ámbas cosas fueren practicables ; pero si no lo fueren en casos de flexion, se pondrá tan recto como sea posible el canal uterino, incindiendo el cuello de la manera prevenida por el Dr. Sims para los casos de dismenorrea. La menorragia y la metrorragia se combaten por el plan indicado en el capítulo que trata de dichas enfermedades, recomendando una quietud perfecta y prohibiendo las bebidas calientes y estimulantes durante las épocas menstruales.

Aquí se puede repetir oportunamente lo dicho en el tratamiento de la leucorrea, á saber : que entrar mas minuciosamente en el estudio de medidas curativas especiales distraería la atencion del lector de un punto que yo considero importantísimo, cual es el de que esta afeccion es, por lo general, un síntoma que debe combatirse atacando el mal que la produce.

A pesar de los muchos y valiosos medios que poseemos para suprimir las causas de esterilidad, si se me preguntase en qué parte de la ginecología he esperimentado ménos satisfaccion y mas disgustos, contestaría que en esta.

CAPÍTULO XLII.

AMPUTACION DEL CUELLO DEL ÚTERO.

La amputacion del cuello de la matriz se practica en ciertas circunstancias en las que es imposible dominar una enfermedad de dicha parte, por los medios medicinales; y como no se ha presentado hasta ahora una oportunidad para describirla, conviene dedicarle un capítulo aparte, ántes de abandonar las enfermedades uterinas para ocuparnos en las de los ovarios.

Historia.—Ambrosio Paré[1] fué el primer cirujano que aconsejó la amputacion del cuello, recomendándola en casos de escrecencias malignas en dicha parte, á la que, segun dice, "puede aplicarse el *speculum matricis* para verla mas fácilmente." Se ha dicho, aunque sin autenticidad bastante, que Tulpius, de Amsterdam, la practicó ya en 1652, y La Peyronie en 1766. Daniel Turner,[2] de Lóndres, refirió en 1736 el caso de una mujer loca que se amputó ella misma con una navaja de afeitar el cuello del útero en prolapso, y cuyo restablecimiento fué considerado entónces como acontecimiento maravilloso. Osiander sistematizó la operacion en 1802, practicándola veinte y tres veces, y Dupuytren, Récamier, Hervez de Chégoin, y otros, la ejecutaron despues; pero Lisfranc fué, con todo, el primero que llamó especialmente la atencion hácia ella, y su entusiasmo hizo que se la considerase por algun tiempo como medio destinado á producir grandes beneficios. Las relaciones que este cirujano hizo de los resultados de la amputacion eran favorabilísimas, y describía sus peligros como ligeros; pero poco despues de sus publicaciones acerca de ella, el médico[3] jóven á cuyo cuidado se habían confiado muchos de los casos de Lisfranc, y que tenía conocimiento de todos ellos, publicó una contra-relacion que desacreditaba todas las afirmaciones de su maestro. Pauly, como dice Becquerel, "reveló brutalmen-

[1] Œuvres d'Ambroise Paré, lib. xxiv, p. 1012.
[2] N. Y. Med. Journ., t. v, N°. 5.
[3] Pauly, Mal. de l'Utérus, Paris, 1836.

te" la verdad, que era enteramente distinta de las aserciones de Lisfranc. La operacion cayó algun tanto en descrédito desde entónces, aunque todavía se recurre á ella en casos oportunos.

Peligros.—Los peligros del procedimiento son :

Hemorragia primitiva ;
Hemorragia secundaria ;
Peritonitis ;
Celulitis ;
Tétanos.

No se ha hecho aun con cuidado la estadística de la operacion. Lisfranc dió cuenta de 99 operaciones, con sólo 2 muertes ; pero segun Pauly, son mas que dudosas tales afirmaciones. Huguier refiere 13 operaciones sin ningun desenlace funesto ; Sims, mas de 50 operaciones y sólo una muerte ; y Simpson, ocho y una respectivamente.

Estos informes, que son favorables, se refieren á los resultados de la amputacion con el cuchillo, siendo aun mucho mas brillantes los que se obtienen con el gálvano-cauterio. Es en verdad sorprendente ver cuán pequeño es el trastorno constitucional á que da lugar esta operacion. El Dr. Byrne, de Brooklyn, en su larga esperiencia de este método no cuenta un solo caso funesto ; y en mi práctica no ha ocurrido ningun mal resultado, en mas de 20 amputaciones.

Condiciones que exigen la amputacion.—Las siguientes condiciones son las que indican ordinariamente la estirpacion del hocico de tenca :

Enfermedad maligna ;
Hipertrofia escesiva producida por hiperplasia areolar ;
Hipertrofia longitudinal del cuello ;
Proyeccion y configuracion cónica del cuello ;
Degeneracion quística ó granulosa rebelde.

Una de estas condiciones, la hipertrofia longitudinal del cuello, no ha sido hasta ahora mencionada, por lo cual vamos á describirla. El esceso de longitud del segmento del cuello que queda debajo del punto en que este se une con la vagina, puede ser congénito; pero dicha parte sufre generalmente un alargamiento hipertrófico á consecuencia de una simple irritacion formativa, de una endometritis cervical de poca entidad, de una hiperemia de larga duracion, ó de un prolapso en el tercer grado. En semejantes circunstancias el hocico de tenca crece en sentido longitudinal hasta descansar entre los labios, ó aun salir algunas pulgadas del cuerpo, habiéndosele confundido con el pene mas de una vez. M. Huguier sostuvo, hace algunos años, que los médicos habían equivocado con frecuencia este estado con el prolapso del útero ; pero el diagnóstico se establece fácilmente por el tacto, la palpacion y el tacto combinados, el spéculum y el estilete uterino.

Variedades de la operacion.—En algunos casos, como por ejemplo en los de cáncer, es necesario estirpar, no sólo el cuello entero, sino cuanto tejido se pueda de la parte supra-vaginal del órgano. Otras veces la ablacion se limita á una mitad solamente del segmento vaginal; y otras aun, basta con quitar una seccion delgada de los labios hipertrofiados.

Métodos operatorios.—La amputacion del cuello de la matriz se practica por los siguientes métodos:

Bisturí ó tijeras;
Écraseur;
Batería gálvano-cáustica.

Operacion con bisturí ó con tijeras.—Para el primer instrumento, se coloca á la paciente en la posicion lateral izquierda, y se emplea el spéculum de Sims. Incindido el cuello bilateralmente, se agarra y corta un labio tan cerca de la union vaginal como se crea conveniente, y despues el otro de igual manera. La operacion quedaba ántes completa con esto; pero el Dr. Sims ha introducido la práctica de traer hácia abajo la mucosa y unirla sobre la herida por medio de suturas de plata, de modo que la cubra como se cubre el muñon con la piel en las amputaciones del brazo ó del muslo. La cura es mucho mas rápida por este medio que por la granulacion. Esta operacion suele dar lugar á una hemorragia abundante.

Operacion con el écraseur.—Para hacer la operacion por este método, la enferma deberá colocarse de espaldas, si el útero está en prolapso, ó si la hipertrofia longitudinal es tan escesiva que el cuello sale por completo fuera de la vulva, ó cuando se puede hacerlo salir con una traccion moderada. Es mejor la posicion que se ha indicado en el método anterior, y usar el spéculum cuando el órgano se encuentra muy arriba en la pélvis, y es necesario ejercer una traccion muy fuerte para hacerlo bajar. La aplicacion de la cadena es muy simple, debiendo verificarse la seccion de la parte con lentitud.

Cuando se emplea el *écraseur* con este objeto, debe cuidarse mucho de no permitir que la cadena tire demasiado del cuello sin cortarlo; pues si no se atiende particularmente á esto, puede abrirse el peritoneo ó interesarse la vejiga.

Operacion con el gálvano-cauterio.—El aparato gálvano-cáustico consiste simplemente en un instrumento por cuyo medio el operador puede meter cualquier parte en un asa de alambre, el que, puesto en comunicacion con una máquina galvánica potente, se calienta al blanco, y se abre paso á traves de los tejidos. Los aparatos que se emplean generalmente aquí son una batería alemana, la de Middledorpf, ó la de Grennett; un instrumento muy compacto construido en Lóndres; y otro fabricado por W. F. Ford, de Nueva York, conforme á un sistema propuesto por el Dr. John Byrne. Inoportuno sería entrar aquí en detalles

concernientes á estos aparatos; baste decir que todos llenan muy cumplidamente su objeto; siendo, sin contradiccion, muy eficaz el del Dr. Byrne, (Fig. 174,) que es el que se encuentra mas al alcance del médico americano.

Para la amputacion del cuello por este método, se coloca de espal-

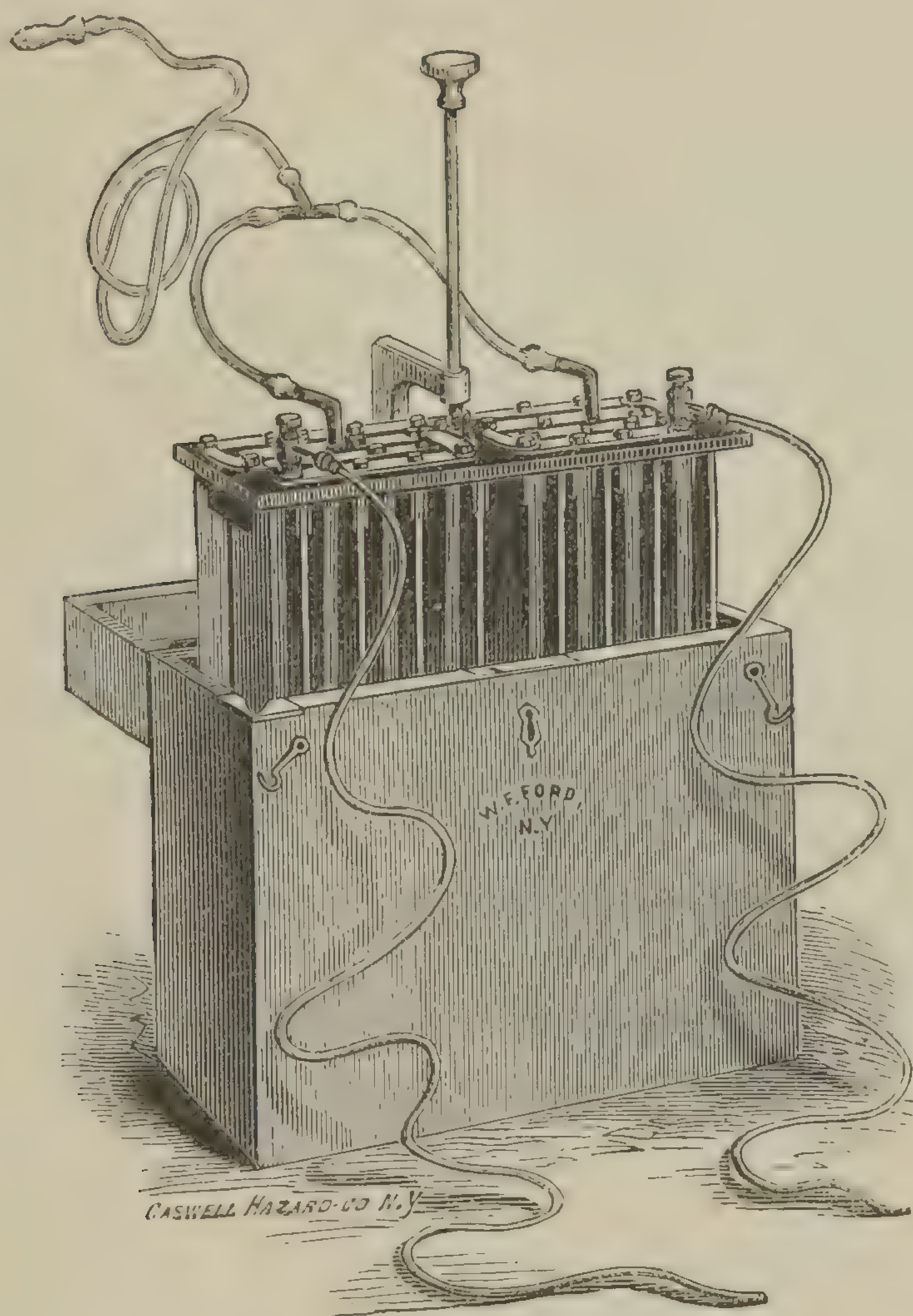


FIG. 174.—Batería gálvano-caustica de Byrne.[1]

das á la enferma, y se tira del útero hasta presentarlo entre los labios; ó si esto fuere difícil, se la coloca de lado, y se emplea el spéculum de Sims. Por uno de estos dos medios se pone perfectamente visible y accesible la parte que ha de amputarse. Cércase el cuello con el asa del gálvano-cauterio, tan alto como se crea posible sin esponer á peligro, hundiéndola suficientemente en los tejidos para que no resbale. Hecho esto, el operador practica la amputacion haciendo pasar la corriente

[1] Para mas pormenores relativos á este instrumento, remito al lector al interesante folleto publicado por el Dr. Byrne bajo el título de *Electro-Cautery in Surgery*, William Wood & Co.

eléctrica por el asa, la cual va apretando lentamente á favor de un tornillo.

El efecto producido por el calor en los tejidos varía segun su intensidad; siendo apénas perceptible si el alambre se calienta al blanco, pues se efectúa tan rápidamente la division de las partes, que no tiene tiempo de verificarse la irradiacion del calor; al paso que si el alambre sólo llega al rojo, fórmase una escara de una á tres líneas de espesor, á consecuencia de la coagulacion de la albúmina de los tejidos. Concluida la operacion, las partes en prolapso se vuelven á su posicion dentro de la pélvis, y se mantiene la enferma acostada y en completo reposo durante seis ó siete dias. No se recurre á mas tratamiento local que las inyecciones vaginales, ya de agua pura, ya de agua con una pequeña cantidad de ácido fénico. No habiendo hemorragia, son innecesarios los estípticos. Las superficies divididas presentan el aspecto del corte hecho en una patata cruda con un cuchillo áspero, embotado y algo mohoso.

Es bastante larga mi esperiencia en el empleo de este instrumento para las amputaciones del cuello uterino y de las partes inmediatas á la vulva, y no vacilo en aconsejar que siempre que se pueda obtener un aparato gálvano-cáustico se le prefiera á las tijeras y al *écraseur*.

A las operaciones practicadas con las primeras suele seguirse una hemorragia de carácter irremediable; y el *écraseur*, sobre aplastar los tejidos, interesa á veces en la amputacion partes vecinas importantes. Añádase á esto que ninguno de los demas métodos da tan buenos resultados como los que se obtienen operando con el gálvano-cauterio, el cual previene muy eficazmente la absorcion séptica, con sus numerosas consecuencias, y la hemorragia, ya inmediata, ya remota.

CAPÍTULO XLIII.

ENFERMEDADES DE LOS OVARIOS.

Historia.—Hállase en la literatura antigua escasísima mencion de las enfermedades de los ovarios; cuyas funciones, sin embargo, los antiguos, á no dudarlo, conocían, por cuanto Aristóteles, ya doscientos años ántes de J. C., alude á la operacion de castrar las hembras de los animales; y Galeno en el siglo segundo de nuestra éra describe dichos órganos con el nombre de *testes muliebres.* Pero nada sabían los primeros anatómicos acerca de la influencia que los ovarios ejercen sobre la menstruacion; cuyo proceso atribuían todos, sin escepcion del mismo Hipócrates, á una superabundancia de sangre. Ni en las obras de Aecio ni en las de Pablo de Egina, se encuentra mencion alguna de las afecciones ováricas; y para poder ver en cuán cercana época, aun en los tiempos modernos, fué llevado el asunto al terreno de la discusion, basta recordar que la teoría de la menstruacion ovular tuvo orígen en los trabajos de Négrier, Gendrin, Bischoff, Pouchet, y otros contemporáneos nuestros, y que nunca se había practicado metódicamente la ovariotomía ántes de 1809.

Mas esta tardanza del progreso se ha compensado ampliamente en los diez ó quince últimos años, durante los cuales ningun ramo de la ginecología ha merecido mas atencion ó sido mas detenidamente investigado que el que ahora nos ocupa. No solamente se han estudiado satisfactoriamente la mayor parte de las enfermedades ováricas, sistematizando científicamente su diagnóstico; sino que se han instituido medios quirúrgicos contra las mas comunes é importantes, con tal éxito, que procedimientos los mas terribles y peligrosos han conquistado el rango de operaciones legítimas y justificables. La literatura contemporánea de la patología y cirujía ováricas está ahora enriquecida con los trabajos de tantos observadores hábiles, que difícil sería determinar sin envidia cuál sea el mas eminente; aunque por desgracia hay una variedad de afecciones ováricas, á las cuales no es aplicable lo que acabamos de decir, y son estas las de carácter inflamatorio. A pesar de todos los

adelantos mencionados, nuestros medios de diagnosticar la ovaritis, tanto la aguda como la crónica, son tan elementales é inseguros que sólo producen divergencia de opiniones, é incertidumbre con respecto á la patología y terapéutica. Esto probablemente indujo á Scanzoni á comenzar su artículo sobre las enfermedades de los ovarios con estas palabras : "Al felicitarnos por los adelantos hechos de pocos años á esta parte en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades uterinas, no debemos olvidar que, por otra parte, los trabajos de los ginecólogos han sido estériles en resultados prácticos en lo tocante á las enfermedades ováricas."

Las dificultades para el diagnóstico de dichas afecciones pueden colegirse del siguiente cuadro, que he formado valiéndome del informe de Hennig[1] sobre 100 autopsias que practicó, con el especial objeto de estudiar este punto. "Si dirigimos ahora la atencion á las enfermedades de los ovarios, dice este autor, es un hecho importantísimo respecto al diagnóstico, que en 10 casos de cada 100 la enfermedad del ovario fué reconocida ó pudo haberlo sido, en vida, por la esploracion rectal con mas frecuencia que por la vaginal ó la abdominal." Por otra parte, de 81 cadáveres examinados, se encontraron 53 con enfermedad en los ovarios, lo cual prueba cuántas veces no es posible reconocer en vida el estado morboso de estos órganos. En las tres cuartas partes de los casos, se encontraba enfermo un solo ovario.

	Enfermedades de los ovarios.	Quistes.	Cisto sarcoma y cistoides.	Aumento de volúmen por hipertrofia.	Exudado sobre el ovario.	Fibroides.	Dermoides.	Quiste fibro-cartilaginoso.
De 81 casos....................	53							
" " "	..	30						
" " "	..	..	5					
" " "	..	..	..	1				
" " "	..	..	..	..	6			
" " "	..	..	..	..	..	9		
" " "	..	..	..	..	..	..	1	
" " "	..	..	..	..	..	..	..	1

Anatomía de los ovarios.—Los ovarios son dos glándulas foliculosas semejantes en forma y tamaño á una almendra pequeña, y situadas respectivamente á los dos lados del útero, aunque realmente su posicion no es fija, por depender de la de la matriz y vísceras adyacentes. Por lo general, se encuentran en las regiones laterales y posteriores de la pequeña pélvis, á cosa de una pulgada de la matriz, y precisamente debajo del punto en que los oviductos entran en esta, hallándose el ovario izquierdo muy inmediato al recto. Un repliegue del peritoneo rodea á ámbos ovarios, sirviendo de medio de union entre ellos y las partes

[1] Catarro de los Organos Genitales de la Mujer. Por Carl Hennig.

adyacentes, y un cordon fibroso que parte de cada ángulo superior del útero los une firmemente á este órgano.

La trompa de Falopio de cada lado está en conexion con el ovario respectivo por medio de una franja, y hace las veces de conducto escretor de estas glándulas durante los períodos de ovulacion. La superficie de los ovarios no está cubierta por el peritoneo, pues esta membrana pierde sus caractéres distintivos al llegar á la circunferencia de dichas glándulas, donde sólo lo representa una capa epitelial pavimentosa.[1] Alrededor de la circunferencia de los ovarios existe una parte cortical, que sirve para generar las vesículas de Graaf, y dentro de la cual hay una estructura fibrosa compuesta de fibras musculares, tejido celular, vasos y nervios, que recibe el nombre de estroma. Examinado cuidadosamente con el microscopio el estroma despues de estraido, se ve que cada una de las vesículas de Graaf consiste en un saco llamado túnica, lleno de líquido—el licor foliculoso, el cual contiene el huevo ó gérmen con que la mujer contribuye á la concepcion.

Son los mas los fisiólogos que admiten en la actualidad como un hecho, todavía disputado por algunos, sin embargo, que la hemorragia periódica qué proviene de la matriz, y se llama menstruacion, es un mero síntoma uterino de la rotura de un folículo y espulsion de un óvulo del ovario. Despues de la pubertad, una ó mas vesículas se rompen mensualmente en cada ovario, por el proceso siguiente: una congestion, ó hiperemia, que se desarrolla en el ovario, por alguna razon que no está á nuestro alcance, produce una secrecion escesiva en las paredes del folículo, donde se verifica una hidropesía en miniatura, que determina la rotura de la vesícula y escape del líquido foliculoso, sangre, células granulosas que tapizan el ovisaco, y huevo. Este proceso escita los nervios que se distribuyen por el útero y los ovarios ; y como consecuencia de esta escitacion, se contrae la delicada capa media de fibras uterinas que rodea la red vascular que envuelve y penetra la estructura del útero, produciendo un estado de ereccion en todo el aparato vascular ; en la superficie de la mucosa uterina, y probablemente en la que tapiza los oviductos, sobreviene una ingurgitacion notable ; rómpense los vasos ; y esto da lugar á la hemorragia. En este derrame entran tres elementos : 1º, la irritacion ovárica escitada por la ovulacion y trasmitida á los nervios que rigen los músculos de que está formada la capa media de fibras uterinas ; 2º, la ereccion del sistema vascular uterino ; y 3º, la rasgadura consiguiente de los vasos sanguíneos de la mucosa uterina, y el escape de la sangre. Una vez vacío el ovisaco, la sangre en su interior pronto se coagula, las células que tapizan sus paredes se hipertrofian, y queda formado el cuerpo amarillo, ó *corpus luteum.*

[1] Para pormenores acerca de estos hechos curiosos últimamente descubiertos, remitimos al lector á los trabajos de Schrone, de Henle, y de Sappey.

Si el examinador suspende uno de los ligamentos anchos para mirarlo á la trasparencia, observará un plexo pequeño, compuesto de tubos blancos y tortuosos, que forman un cono cuyo vértice se dirige hácia el hilio del ovario. Tiene una pulgada de ancho, y se compone de veinte conductillos llenos de un flúido trasparente. Este es el órgano de Rosenmüller descrito poco há minuciosamente con el nombre de *parovarium*, por Kobelt, quien lo supone una exageracion del cuerpo de Wolff. La situacion exacta de los par-ovarios es la siguiente: están debajo de los ovarios, y entre los últimos pliegues peritoneales que cubren el pabellon de las trompas y han recibido el nombre de *alæ vespertilionum.*

Los ovarios reciben su sangre de las arterias espermáticas, que al llegar al borde de la pélvis, se dirigen hácia adentro por entre las capas de los ligamentos anchos, y así alcanzan su borde inferior; los nervios, poco numerosos, provienen del plexo renal.

En la jóven vírgen presenta el ovario su tipo mas perfecto, pues entónces es cuando sus dimensiones son mayores y su superficie no está desfigurada por las numerosas cicatrices que mas tarde aparecen. Las dimensiones de este órgano son mayores que en períodos mas tempranos de la virginidad, sólo durante el proceso de la gestacion, y en las seis semanas que la siguen inmediatamente. Hennig, que ha estudiado este punto con especialidad y muy detenidamente, dice que el embarazo aumenta la longitud, pero no el ancho ni el espesor del órgano. La gestacion, que deja la matriz aumentada de volúmen, produce un efecto contrario en los ovarios, cuyo tamaño disminuye despues de completado aquel proceso, sin que las glándulas vuelvan á recuperar sus dimensiones primitivas, miéntras permanezcan en estado de salud.

Variedades de enfermedad ovárica.—Cualquiera de los tejidos mencionados, ó todos ellos pueden ser asiento de una enfermedad, ó puede verificarse un cambio de posicion del órgano en términos de constituir un estado morboso. El siguiente cuadro presenta una lista de las enfermedades de estas glándulas, en que vamos ahora á ocuparnos con especialidad:

Falta;
Desarrollo imperfecto;
Atrofia;
Inflamacion;
Neoplasmas.

Falta.

Puede ser congénita la ausencia de uno ó de ámbos ovarios; pero esto es rarísimo; y cuando así sucede, es por lo general parte solamente de una falta completa de desarrollo genital, que no sólo se manifiesta en los ovarios, sino en la vulva, la vagina y el útero. Kiwisch dice que este estado de cosas se observa con mas frecuencia en las cria-

turas recien nacidas no viables á consecuencia de una complicacion de deformidades. La mujer que nace sin ovarios suele ser de estatura pequeña y tener poco desarrolladas las formas, como si se hubiese prolongado anormalmente su niñez, notándose además lo imperfecto de su sistema genital, cómo ántes dijimos. Algunas veces existe una obtusion de las facultades intelectuales que casi raya en idiotismo; otras, no sucede así, pero la enferma padece depresion de ánimo, y manifiesta una falta de energía física y moral. Para ella nunca se ha verificado la trasformacion en mujer, y permanece niña sin la vivacidad y alegría características de la niñez.

Aunque no puede llegarse á la certidumbre sino por la autopsia, es posible hacer un diagnóstico en vida por el método de Simon, que puede tambien servirnos de guia en el pronóstico y el tratamiento ; y á la verdad, uno de los mayores beneficios que se sacan de una conclusion exacta, consiste en evitar todos los esfuerzos en vano dirigidos á escitar los ovarios al cumplimiento de sus funciones, y que deterioran la salud de la paciente. El diagnóstico es admisible, siempre que se combinen el estado general de la enferma, la falta de desarrollo de la vulva, la vagina, y el útero, y la ausencia completa de las crisis menstruales.

Desarrollo Imperfecto.

Este estado, que puede existir en un solo ovario, aunque se observa generalmente en los dos, no es tan raro de ningun modo, como el que acabamos de describir, y consiste en la persistencia del estado fetal de las glándulas, despues de la pubertad, cuando debieran haber sufrido un desarrollo rápido. Su determinacion exacta, como la de la falta de los ovarios, es difícil, y, como en los casos de esta, inferimos que existe, por falta de desarrollo en los demás órganos genitales, ausencia de los signos ordinarios de la crisis menstrual, y defecto de vigor y desarrollo constitucional.

Como ejemplos de casos que admiten esta esplicacion, refiero los dos siguientes, que he tenido ocasion de ver últimamente. El primero fué el de Miss F., recomendada á mí por el Dr. Rodenstein, de Manhattanville. Tiene 24 años, pero no representa mas de 13, y es difícil por cierto creer que tenga mas edad, pues su fisonomía, miembros, modo de espresarse, y aspecto general son los de una niña. Nunca ha menstruado ni manifestado señales de predisposicion á hacerlo. El exámen físico revela la vulva en estado de temprana niñez, el monte de Vénus desprovisto de pelo, los labios delgados, y la vagina tan pequeña y estrecha que solo puede introducirse en ella el dedo meñique, y esto no sin mucho dolor ; y como el canal, además de ser estrecho, es corto, se puede tocar el útero, que es semejante á una nuez pequeña en la vagina, y tan ligero que apénas tiene peso apreciable.

El segundo caso fué uno que ví con el Profesor W. H. Thompson.

La enferma tiene 18 años y nunca ha menstruado. Antes de ponerse bajo los cuidados del Dr. Thompson, sufría mucho de ataques epilépticos, con evidente daño de sus facultades intelectuales ; pero estos han desaparecido hace dos meses. Los movimientos de la jóven son lentos, su modo de espresarse es el de una niña, y responde torpemente á las preguntas que se le hacen. La esploracion física revela un desarrollo perfecto y pleno de la vulva, la vagina y el útero, teniendo este último 2½ pulgadas de profundidad. Con respecto á los ovarios, nada puede determinarse por medios físicos ; pero los signos racionales que van mencionados, el aire juvenil de la enferma bajo todos los puntos de vista, y la ausencia completa de todo esfuerzo aparente para la ovulacion, hacen muy probable la suposicion de que los ovarios no están desarrollados y continúan en su estado fetal.

El desarrollo masculino, la amenorrea, ó *emansio-mensium*, y la esterilidad, inclinan á veces á diagnosticar la ausencia de los ovarios en casos que sufren despues un cambio, y dan todas las muestras de la existencia y eficacia de dichos órganos. Un caso de este género que he observado en union del Dr. Metcalfe merece mencionarse. Mrs. B., señora alta, hermosa, y musculosa, había menstruado con mucha irregularidad durante quince años, y el flujo, siempre escaso, solía faltar completamente por espacio de algunos meses, reapareciendo un dia de vez en cuando, con intervalos largos é inciertos. Su salud no había sufrido el menor deterioro, pero la enferma presentaba muchos fenómenos varoniles ; tenía la voz ronca, los pechos aplanados, y cubierto el menton de una barba poco espesa. Despues de algunos años de matrimonio se hizo embarazada, y tuvo un parto de término que fué seguido de una menstruacion mas abundante y regular. Ha dado á luz desde entónces otros dos hijos.

Tratamiento.—Cuando se trata de la falta congénita de los ovarios, claro es que el arte es impotente para remediar el mal ; pero si aquellos se encuentran en estado rudimentario ó fetal, y no ha habido suspension absoluta de desarrollo, es posible lograr que crezcan y alcancen su plena madurez, á favor de estímulos oportunos, aplicados por los medios mas directos que poseemos. Los agentes que ofrecen mas probabilidad de ser beneficiosos son :

Tónicos generales ;
Irritacion del útero ;
Electricidad ;
Matrimonio.

Los sistemas nervioso y sanguíneo se deben poner en un estado de salud el mas perfecto posible, mediante la administracion de los tónicos ferruginosos y amargos, y recomendando el ejercicio, el aire puro, el cambio de aire y de vida y la observancia general de las leyes de la higiene.

Los ovarios manifiestan una simpatía tan íntima con el útero, que por medio de este órgano es que pueden estimularse mas directamente, y con tal objeto se recurrirá al empleo de los dilatadores uterinos una ó dos veces al mes; pues de esta manera no sólo se prepara la matriz para el papel que ha de desempeñar en el trabajo de la menstruacion, sino que se engendra en los ovarios una hiperemia que, como sabemos, es el precursor fisiológico de la ovulacion.

La electricidad se aplica colocando uno de los polos de una batería sobre la columna vertebral, y el otro sobre los ovarios; ó con mayor eficacia, poniendo uno de los polos (cubierto en el sitio que toca á la vagina) en contacto con el cuello del útero, y en comunicacion con una batería y el otro polo sobre los ovarios. El pesario galvánico intra-uterino tambien produce buenos resultados cuando se persevera en su empleo.

La hiperemia é irritacion ovárica consecutivas á la union conyugal, determinan á veces la ovulacion, no en el momento mismo del cóito, como ántes se creía, sino algun tiempo despues.

Atrofia de los Ovarios.

Entre los 40 y 50 años de edad, los ovarios se atrofian, disminuyen de volúmen y se arrugan; desaparecen las vesículas de Graaf, y el estroma se pone denso y pierde su vascularidad. Este es un proceso fisiológico y caracteriza lo que se llama la menopáusis, ó período de la cesacion menstrual. En ciertos casos dicho proceso, á consecuencia de alguna condicion anormal que lo escita, sobreviene muy temprano y da lugar á resultados análogos á los que produce cuando se verifica normalmente.

Causas.—Lo que se sabe relativo á las causas especiales de este fenómeno es muy poco, como no sea que algunas veces es efecto de inflamaciones pelvianas. Es probable que la ovaritis aguda pueda causarlo; y no cabe duda de que suele provenir de la peritonitis y la celulitis pelvianas.

El caso siguiente, que se presentó en mi clínica, hace algun tiempo, corrobora lo que se acaba de esponer. Mary G., jóven irlandesa de 24 años de edad, dijo que cinco años ántes, en Albany, había tenido un malparto en el tercer período menstrual, y que tres dias despues de espulsado el producto de la concepcion, tuvo ataques de escalofrios, y un dolor vivo sobre el abdómen, y que su médico declaró que tenía inflamacion de los intestinos. En este ataque estuvo á la muerte, pero mejoró despues de seis semanas de guardar cama. En los dos años que siguieron al ataque, tenía la menstruacion irregular, dolorosa y profusa, y segun ella decía, siempre que se fatigaba ó escitaba se presentaba el flujo. Pasados estos dos años desaparecieron las épocas menstruales, y la enferma acudía ahora en busca de alivio para una amenor-

rea de tres años de duracion. El exámen físico reveló el útero en su posicion normal, si bien con cierta disminucion de volúmen, en términos de tener sólo unas 2 pulgadas de longitud; pero nada pudo averiguarse respecto de los ovarios.

En este caso opiné yo que hubo en un principio pelvi-peritonitis y ovaritis aguda y que, en virtud del estado en que estas enfermedades dejaron las partes, sobrevinieron la metrorragia y la menorragia, y duraron dos años; al fin de los cuales la contraccion consecutiva del exudado de linfa plástica en los ovarios y á su alrededor, determinó la atrofia de estos órganos y, como natural consecuencia de esta, la amenorrea.

La influencia eminentemente destructiva que la pelvi-peritonitis ejerce en los ovarios no puede ménos de llamar fuertemente la atencion de quien practique la autopsia de una mujer muerta á consecuencia de esta afeccion, ó lea las relaciones de otros. Muchas veces no pueden descubrirse los ovarios en medio de la masa de *putrílago* que ocupa su lugar.

Tratamiento.—Deben ensayarse los medios indicados para el tratamiento de ovarios no desarrollados, con objeto de escitar la ovulacion, en cualquier parte de las glándulas que sea susceptible todavía de dichas funciones. Mas si no proporcionan desde luego buenos resultados, no debe persistirse en su empleo; pues podría dar lugar á un trabajo inflamatorio. Estos medios deben emplearse con gran cautela, desarrollando su influencia sólo hasta cierto punto.

Apoplejía de los Ovarios.

Definicion.—La palabra apoplejía se aplica de una manera muy vaga á los derrames sanguíneos en todos los órganos del cuerpo, queriendo algunos decir con ella una rotura vascular repentina; y otros la hemorragia intersticial, aun cuando esta se verifique lentamente. Esto ha dado lugar á descripciones confusas, dificultando la clara apreciacion de los estados patológicos á que dicho nombre se ha aplicado indistintamente. Por ejemplo, Kiwisch[1] al describir la aploplejía de los ovarios, la divide en primitiva y secundaria, considerando como casos de la última variedad, el derrame en el interior de un quiste que lo llena lentamente de sangre; ó la hemorragia provocada por la puncion. Ambas condiciones deben tenerse por esencialmente distintas, y yo propondría como definicion mas propia la siguiente: La apoplejía del ovario consiste en un derrame rápido de sangre dentro de su tejido, por efecto de la rotura de uno ó mas de sus vasos mas grandes.

Los ovarios son los únicos ejemplos del organismo animal en que la apoplejía se presenta como proceso fisiológico. En cada época menstrual, la consecuencia necesaria de la espulsion del óvulo de su vesícula es una apoplejía determinada por la rotura de los vasos de la túnica del

[1] Ob. cit., p. 232.

ovisaco, siendo la alteracion subsecuente del derrame lo que constituye el *corpus luteum.* Estas hemorragias suelen estar circunscritas, desapareciendo rápidamente sus efectos ; pero en algunos casos el derrame continúa demasiado, ó se reproduce despues de haber cesado, y entónces la sangre que se reune suele alcanzar el volúmen del puño de un hombre, ó de la cabeza de una criatura.[1] Tal vez la túnica albugínea del ovario se rasga completamente, y entónces la efusion sanguínea, derramándose en la parte mas dependiente de la cavidad pelviana, constituye un hematocele de la pélvis.

Síntomas.—Las mas veces se averigua la apoplejía solamente en la autopsia, pues en la vida no hay signos por cuyo medio sea posible diagnosticarla. Los síntomas que mas comunmente indican su existencia son un dolor repentino y violento en la region de un ovario, acompañado de náuseas, vómitos, y una debilidad estrema. Si el tacto y la palpacion combinados revelan aumento de volúmen y sensibilidad en un ovario, cuando haya además los síntomas indicados, estará justificado el diagnóstico de apoplejía, si la salud de la enferma ha sido anteriormente buena.

Pronóstico.—El gran peligro que hay que temer en casos de este accidente es la peritonitis, ya por interesarse el repliegue peritoneal que forma el ligamento ancho, ya por la rotura de la sustancia cortical del ovario, y presentacion de un hematocele.

Tratamiento.—Si hubiere síntomas de peritonitis, se aplicarán sanguijuelas, y despues sinapismos ó un vejigatorio ; limitándose á esto el tratamiento y á tener la enferma acostada y en completo reposo, é impedir todo esfuerzo muscular hasta que se efectúe la reabsorcion.

Dislocacion de los Ovarios.

Ya se ha hecho mencion de la gran movilidad de estas glándulas, y de la laxitud de sus medios de fijeza. Toda circunstancia que aumente su peso, ú obre sobre ellas por traccion, ya directamente, ya por medio de otro órgano adyacente, puede hacerlas cambiar de posicion, y salir de la pélvis, en forma de hernia, si bien esto último sólo se verifica en casos raros. La dislocacion, por ejemplo, puede proceder de flegmasía, hipertrofia, ó gestacion ovárica, etc., que hacen aumentar el peso del órgano ; á consecuencia de contracciones del exudado de linfa plástica, que es efecto de la pelvi-peritonitis ; de la contraccion de los ligamentos ováricos, etc., que arrastran los ovarios fuera de su sitio ; á causa de la dislocacion del útero, de la preñez, ó de la hernia de cualquier víscera abdominal, que obra sobre ellos por traccion. La hernia del ovario solo, es rarísima ; casi siempre se presenta con la de la trompa de Falopio, ó con alguna parte de los intestinos ó epiploon.

Los ovarios, cuando aumentan de peso, caen muchas veces en el

[1] Kiwisch, ob. cit., p. 232.

fondo de saco de Douglas, y con mas rareza se escapan por los conductos inguinales, ó penetran á traves de estos en los sacos dartoídeos de los labios mayores, donde manifiestan una intumescencia mensual que ocasiona notable incomodidad local, y mantiene las partes hinchadas, sensibles y calientes, hasta que pasa la ovulacion. Dice Deneux[1] que pueden meterse en los anillos umbilicales y crurales, ó en la escotadura ciática, ó formar parte de una hernia ventral ; y Kiwisch refiere un caso en que uno de los ovarios se metió en el agujero oval. La única importancia de los resultados del accidente suele limitarse á la disipacion de dudas acerca del carácter del tumor, y á evitar los peligros de un procedimiento quirúrgico debido á un error de diagnóstico.

Tratamiento.—Este consiste en reducir por la táxis la parte dislocada, y en mantenerla en su lugar mediante un pesario, aparato, ó vendaje propiamente construido. Cuando la glándula está retenida en su falsa posicion por fuertes membranas, hay que pesar la oportunidad de estirparla, si la dislocacion pudiera dar lugar á graves inconvenientes.

Ovaritis.

Definicion.—Con esta palabra se designa una inflamacion del tejido que comprende los ovarios, inflamacion que ha sido descrita por algunos autores con el nombre de *ooforitis.* En el estado actual de la ciencia, sería imposible presentar un tratado dogmático de esta afeccion en la mujer no puerperal ; y por cuanto queda todavía mucho por determinar referente á este mal, y tan desacordes andan acerca de él las autoridades mas eminentes, nunca será bastante la cautela para tratar de este asunto ; pues de lo contrario el lector podría aceptar como hechos clínicos y necroscópicos fielmente observados, lo que no pasa de ser teorías basadas en razonamientos analógicos. Ningun autor debiera intentar describir esta enfermedad sin tener muy presentes estas palabras de Aran : "Paso por alto todas las descripciones fantásticas de la ovaritis, fabricadas en el gabinete, por médicos mas notables por la brillantez de imaginacion que por el conocimiento de la afeccion." Los conocimientos que acerca del asunto poseemos están, por lo ménos, muy desarrollados para que sea enteramente inadmisible un ensayo teórico sobre él.

Variedades.—La ovaritis puede ser puerperal ó no-puerperal ; el estudio de la primera, lo omitimos, por no ser propio de este lugar ; y sólo nos ocuparemos en la segunda forma, que ha sido dividida en aguda y crónica.

Ovaritis Aguda.

Esta afeccion, aunque muy general como resultado del parto ó del aborto, es del todo rara en la mujer no puerperal, á no ser como compli-

[1] Recherches sur la Hernie de l'Ovaire.

cacion de la pelvi-peritonitis ó de la celulitis. Mme. Boivin[1] llega hasta decir, que "fuera del estado de preñez, sería difícil señalar un solo caso auténtico del mal;" el Dr. West[2] afirma que, "la inflamacion aguda de la sustancia del ovario es tan rara fuera del estado puerperal, que en mi práctica no ha ocurrido nunca un solo caso, y solamente uno se ha presentado á mi observacion." El Profesor Fordyce Barker[3] se espresa en estos términos: "Dudo muchísimo que haya visto nunca un caso claro y bien caracterizado, aunque hace años que vengo tratando de descubrir su existencia en las autopsias." Estas aserciones son incuestionablemente ciertas con respecto á una pura flegmasía, sin complicaciones del ovario; pero tambien es verdad que la ovaritis aguda que termina por supuracion, ó la produccion de un estado difluente del estroma, dista mucho de ser una complicacion rara de la pelvi-peritonitis ó de la celulitis pelviana. Uno de los mayores peligros que son de temer en estas enfermedades, es el daño ó destruccion de los ovarios, pues es probable que pocos casos de inflamacion del tejido celular, y ninguno de peritonitis completen su ciclo, sin interesarlos mas ó ménos. Es tambien probable que la pelvi-peritonitis sea escitada frecuentemente por alguna incomodidad que tenga su orígen en los ovarios, los cuales están en contacto íntimo con el peritoneo que completa los ligamentos anchos y cubre la bóveda de la pélvis. La relacion íntima entre los ovarios, el peritoneo pelviano, y el tejido areolar pelviano, esplica que sea tan raro encontrar un caso de ovaritis aguda sin complicaciones.

En prueba de lo espuesto, debo referirme al estado de los ovarios en las autopsias de casos de celulitis peri-uterina, practicadas por Aran. En casi todos los casos estaban aquellos enfermos, y generalmente contenían pus; siendo esta lesion tan comun, que Aran se persuadió de que "las colecciones purulentas que se derraman dentro del peritoneo, ó de los órganos vecinos: el recto, la vejiga, la vagina, etc., y algunas veces tambien por la superficie, efecto de una flegmasía peri-uterina, pertenecen mas determinadamente al ovario ó trompa."

Desde que aparecieron los escritos de Aran, nadie ha hecho mas que el Dr. Matthews Duncan para esplicar con claridad las íntimas relaciones que existen entre la ovaritis, la supuracion, y la peritonitis y celulitis pelvianas. El Dr. Duncan cree que las inflamaciones peri-uterinas son siempre sintomáticas, y secundarias de una enfermedad uterina, ovárica, ó de las trompas, ó de derrames nocivos que penetran en la cavidad peritoneal por los oviductos. Aun cuando yo no opino como el Dr. Duncan, por cuanto entiendo que la inflamacion uterina es primaria con mas frecuencia, y determina generalmente ovaritis aguda ó crónica y abcesos, estoy con él de acuerdo, en el desarrollo de síntomas que espone.

[1] Ob. cit. [2] Ob. cit., p. 473. [3] Bul. N. Y. Acad. Med., t. i, p. 549.

Los autores han dividido la ovaritis aguda en parenquimatosa, foliculosa, y peritoneal; pero no peca de prudente semejante division en una enfermedad que es tan difícil de reconocer solamente. La forma de la afeccion, que se llama peritoneal no es en realidad ovaritis, sino peritonitis precisamente del carácter de que hablamos; y de esta á la enfermedad foliculosa, ó del parénquima, hay sólo un paso. Como ejemplo de ovaritis complicada con peritonitis en una mujer que no estaba embarazada, debo á la amabilidad del Dr. Roth, poder referir el caso siguiente:

"M. S., edad 35 años, casada hacía 10 años, tuvo un aborto el año despues de su matrimonio; y desde entónces ha venido padeciendo dismenorrea y enfermedades gástricas, que pasaban por dispepsia. Hace dos años se presentó á consultarme, y descubrí, como causa de sus dolencias, una retroflexion del útero acompañada de flores blancas abundantes. Merced al uso de cáusticos y tónicos, tuvo una notable mejoría; se suspendió el tratamiento, y no volví á verla hasta el dia 1° de Agosto de 1866 en que la encontré atacada de una convulsion. Cuando esta pasó, se presentaron vómitos constantes, se quejaba de dolor intenso en los intestinos, tenía mucha sed, y casi llegaba el pulso á 100 pulsaciones. Se administró á larga mano el opio, y al dia siguiente el pulso pasaba de 100 pulsaciones; la piel estaba seca y caliente, y la enferma acusaba un dolor agudo en la espalda, lomos, y region ilíaca izquierda. El tacto vaginal sólo reveló una gran sequedad y aumento de temperatura. El 3 de Agosto, ningun cambio notable, á escepcion de haberse puesto timpanítico el abdómen. El 4 de Agosto, una pérdida como de 150 gramos de sangre por la vagina; ningun cambio en los síntomas. El 6 de Agosto, el Profesor Thomas, llamado en consulta, hizo un diagnóstico de pelvi-peritonitis, acompañada probablemente de ovaritis aguda del lado izquierdo, y presumía la formacion de un abceso en el ovario, ó cerca de él. Por recomendacion suya se aplicó un vejigatorio grande sobre el hipogastrio, y se administró el opio á larga mano. Continuó de esta manera hasta el 11 de Agosto, en cuyo dia la enferma vomitó repentinamente una gran cantidad de bílis, cayó en un estado de colapso, y murió aquella misma noche.

"*Autopsia hecha diez y ocho horas despues de la muerte.*—La parte del peritoneo que cubre las vísceras pelvianas se hallaba cubierta de un exudado reciente de linfa plástica, y entre los órganos había una gran cantidad de serosidad puriforme. El peritoneo abdominal se encontraba sano. El ovario izquierdo, que estaba adherido á los intestinos, trompa, y útero, era del tamaño de un huevo de gallina, y se rompió al sacarlo, escapándose una cantidad bastante considerable de pus. La diseccion mas escrupulosa no reveló el menor indicio de celulitis. Todos los demas órganos estaban sanos."

Patología.—Esta es todavía bastante oscura; pero creo no hay riesgo en admitir los períodos siguientes descritos por Mme. Boivin:

1°, hiperemia, con aumento de peso y de redondez; 2°, el órgano tiene un volúmen dos, tres, ó cuatro veces mayor que el natural, el tejido está blando é infiltrado de una serosidad de color amarillo ó violado, con un ligero derrame sanguíneo; 3°, supuracion, é infiltraciones ó colecciones purulentas localizadas; y 4°, reblandecimiento grisáceo, desorganizacion, y difluencia de la glándula.

Causas.—Las causas de la enfermedad pueden enumerarse como sigue:

Pelvi-peritonitis;
Celulitis peri-uterina;
Blenorragia;
Perturbaciones menstruales.

Cualquiera de las causas que se ha dicho ya que bastaban á producir las dos primeras enfermedades mencionadas, pueden, por medio de estas, producir la ovaritis. Casi todos los autores admiten una forma de ovaritis llamada blenorrágica, que corresponde á la orquitis blenorrágica en el hombre. Difícil es llegar á comprender como la propagacion aun de la inflamacion blenorrágica por las trompas, puede determinar la enfermedad de un órgano que no está unido á las estremidades de aquellas; pero téngase en cuenta, que la blenorragia, cuando se estiende de esta manera, es una de las causas mas fecundas de pelvi-peritonitis, y esto basta para esplicar que la ovaritis sea un resultado secundario. El mal puede ser tambien efecto de la supresion de las reglas, ó de cualquier choque brusco y violento que sufran los ovarios durante la ovulacion, y cuando las paredes de las glándulas están á punto de abrirse, para dar paso al óvulo.

Síntomas.—Los síntomas de esta afeccion hállanse tan íntimamente relacionados con los de la peritonitis y de la celulitis que es imposible separarlos. Existe un dolor intenso en una ú otra de las regiones ilíacas, con aumento de temperatura, fiebre, y quizás escalofrios; la estremada sensibilidad que se manifiesta á la compresion, se vuelve escesiva cuando se examina la parte por el tacto y la palpacion combinados, por cuyo medio se ve que el ovario ha aumentado de volúmen, y está, por lo general, algo deprimido en la pélvis. Cuando la flegmasía termina por resolucion, estos fenómenos pueden disiparse al cabo de cuatro ó cinco dias; y si se forma un foco purulento en la glándula, puede variarse este dentro del peritoneo, el recto, la vejiga ó la vagina.

Diagnóstico diferencial.—Este es imposible, casi siempre. La relacion de esta enfermedad con aquellas que, segun hemos dicho, son algunas veces sus causas, y sus efectos otras, es por lo general demasiado íntima para que pueda distinguirse de ellas. Sería admisible el diagnóstico cuando el tacto y la palpacion combinados revelasen el ovario como una pelota redonda, muy sensible, y sin tener nada que ver con la fijeza del útero. Yo nunca he encontrado un caso semejante de carácter agudo,

ni es probable que ocurra á menudo, aunque estos signos físicos son comunes en la ovaritis sub-aguda ó crónica.

Pronóstico.—El pronóstico es favorable, aunque nunca está exento de motivos de duda.

Tratamiento.—Pueden aplicarse sanguijuelas al ano, sobre el órgano enfermo, ó en la ingle, seguidas de una cataplasma sobre el hipogastrio, si no incomoda su peso; y se administrará á altas dósis el opio por la boca ó el recto. La enferma debe estar en quietud perfecta, sin que se le permita levantarse de la cama ni aun para hacer sus necesidades naturales. Hay que tener en esto un especial cuidado, si se supone que ha habido supuracion, pues entónces el movimiento mas insignificante puede ser causa de que se abra el abceso dentro del peritoneo.

Ovaritis Crónica.

La flegmasía crónica de los ovarios es una afeccion que se presenta á menudo, aunque es muy poco lo averiguado de cierto con respecto á su exacta frecuencia. La simpatía entre el útero y los ovarios es tan grande, que los males del primero escitan muy generalmente dolor en los segundos, y dan lugar á muchos síntomas que se consideran característicos de la ovaritis crónica. Además, es cosa muy sabida que los ataques leves de pelvi-peritonitis crónica son frecuentísimos, y, por desgracia, carecemos absolutamente de medios seguros para distinguirlos de la ovaritis crónica, cuando sobrevienen cerca de un ovario.

En la mayor parte de las enfermedades de la matriz, se queja la enferma de un dolor sordo sobre uno ó ámbos ovarios, que muy probablemente aumenta durante la menstruacion; pero este dolor simpático, aun cuando dependa de la hiperemia, lo que sucede muchas veces, no debe en manera alguna ser achacado á la ovaritis crónica: no mas absurdo sería creer que los dolores provocados por causas análogas en las mamas, son debidos á la flegmasía de dichas glándulas.

La ovaritis crónica no es, ni mucho ménos, rara como enfermedad primitiva que produce males secundarios del útero, y determina la dismenorrea, la esterilidad, y el histérico; siendo ejemplos de ella muchos casos que se suponen ser afecciones uterinas oscuras y rebeldes, y no pocos en que el médico se encuentra muy perplejo para darse cuenta de la asombrosa desproporcion entre los síntomas existentes y el grado de enfermedad uterina que se descubre. Algunos casos suelen observarse de mujeres que, presentando una ligera dislocacion del útero, y un catarro de poca entidad, no pueden absolutamente permanecer de pié, ni andar sino muy poco tiempo, son estériles por algunos años, y padecen una dismenorrea penosa, por esta causa.

El renacimiento de la patología uterina ha hecho que se aparte demasiado la atencion de los ovarios; pero la reaccion ha de verificarse, y estoy seguro de que el próximo decenio demostrará que el estado mor-

boso de estos importantísimos órganos de la economía de la mujer suele ser orígen de gran número de males que en la actualidad se atribuyen á esa otra víscera, ménos importante—el útero. En el estudio, no de la patología uterina sino de la de los ovarios, es en el que se han de hacer los primeros grandes adelantos en ginecología.

Síntomas.—Los síntomas de la ovaritis crónica son numerosos, y muchas veces confusos; no hay dos casos de esta afeccion que presenten los mismos rasgos. En unos son físicos únicamente, miéntras que en otros se hallan interesados la mente y el sistema nervioso. En dos casos observados en mi práctica existía una verdadera epilepsia, no sé si como consecuencia, ó no, pero ciertamente como complicacion muy sospechosa.

Los signos racionales pueden enumerarse como sigue:

Dismenorrea;
Dolor fijo sobre uno ó ámbos ovarios;
Predisposicion al histerismo;
Imposibilidad de andar, ó estar de pié (raro);
Dolor durante la cópula (en algunos casos);
Dolor y cansancio despues de defecar;
Dolor rectal que se irradia por los muslos;
Irregularidad en las reglas;
Leucorrea, frecuentemente;
Esterilidad, si ámbos ovarios están enfermos.

La dismenorrea precede á menudo á la menstruacion algunos dias, aunque otras veces sobreviene inmediatamente despues de haber cesado el flujo, y en otros pocos casos se presenta entre las épocas menstruales, constituyendo entónces la dismenorrea intermediaria del Dr. Priestley, síntoma interesantísimo que suele ocurrir con mucha regularidad. En un caso de mi práctica este fenómeno se manifestaba siempre á los nueve dias, y en otro á los catorce, despues de la desaparicion de las reglas. La dismenorrea ovárica produce una notable perturbacion nerviosa, que predispone particularmente á la enferma á buscar alivio en el uso del opio.

En el trascurso de los dos últimos años he observado tres casos de esta enfermedad, en que las enfermas sólo podían estar de pié ó andar durante pocos minutos, y en dos de ellos, que aun permanecen bajo mi observacion, las enfermas apénas pueden dejar la cama.

La union conyugal suele ser orígen de dolor, pero sólo cuando el ovario está en prolapso, y en ningun otro caso.

La menstruacion es á veces muy irregular, quedando suprimida durante meses, y reapareciendo despues en forma de hemorragia alarmante; miéntras que en muchos casos es por el contrario bastante regular en cuanto á cantidad y periodicidad.

La ovaritis crónica mantiene el útero en un estado de irritacion contínua, que produce muchas veces un catarro uterino, el cual, en vista de su causa, se manifiesta muy rebelde al tratamiento.

La esterilidad es la regla cuando ámbos ovarios se encuentran atacados, aunque es incuestionable que muchas enfermas se hacen embarazadas. Es en alto grado probable que las glándulas enfermas producen óvulos imperfectos ó morbosos.

Signos físicos.—El tacto y la palpacion combinados revelarán una desviacion anterior, posterior ó lateral del útero, cuya razon no puedo esplicarme, y frecuentemente un grueso tapon mucoso colgando del canal. Se encontrará en el fondo de saco de Douglas, á uno ó ámbos lados del útero, un cuerpo redondo blando y sensible, del tamaño próximamente de una nuez, el cual, al ser comprimido entre los dedos, es muy sensible y produce á menudo náuseas, y tendencia al histérico, continuando la parte generalmente dolorida despues del exámen.

Pronóstico.—Pocas son las enfermedades curables que temo tanto encontrar en mi práctica como esta; y aunque dia llegará probablemente en que sea el tratamiento satisfactorio y eficaz, hasta ahora dista mucho de serlo. El tratamiento es completamente nulo en muchos casos, y de poquísima utilidad en todos; y aunque es verdad que con el tiempo hay mejoría, poco tiene esta que ver con el tratamiento, por lo que mi esperiencia me dice.

Tratamiento.—Nada tengo que aconsejar mejor que lo siguiente, y siento que sea tan insignificante. Cuando los ovarios están en prolapso, deben sostenerse cuidadosamente por medio de un pesario de anillo elástico ligero; y si el útero dislocado los comprime, se ha de retener el órgano en su posicion normal. El acto sexual debe limitarse en cuanto sea posible. Cuando las reglas escasas sean un síntoma, se aplicarán mensualmente una ó dos sanguijuelas al cuello del útero; prescribiéndose el reposo durante las épocas menstruales, por hallarse entónces las glándulas enfermas congestionadas, y en estado de escitacion nerviosa. Deben evitarse el ejercicio exagerado, las ocupaciones molestas, y toda influencia que tienda á deprimir las fuerzas vitales. La contrairritacion sobre los órganos enfermos se mantiene durante meses consecutivos, por medio de pequeños vejigatorios, de la tintura de yodo, y de fontículos establecidos con el ácido nítrico, y una ó dos veces á la semana se barniza con la tintura de yodo el hocico de tenca y toda la parte superior de la vagina. La enferma debe además hacerse inyecciones vaginales copiosas, de agua caliente, por la mañana y por la noche, segun el método indicado en otro lugar. El bromuro potásico á dósis de 6 á 10 decígramos es muy útil para combatir los diversos fenómenos nerviosos que se presentan en esta enfermedad. El embarazo es siempre de desear en estas circunstancias, pues durante nueve meses impide que los ovarios tengan congestiones mensuales.

CAPÍTULO XLIV.

TUMORES OVÁRICOS.

IMPORTANTES son los adelantos que, de veinte años á esta parte, se han hecho en el conocimiento de los desarrollos patológicos que se llaman tumores; adelantos que empezó Rokitansky y que han llegado á su apogeo con los trabajos eminentes de Virchow. Si hubiésemos llegado á un punto que pudiese satisfacer por completo á los patólogos, sería cosa fácil presentar una recopilacion sencilla de todo el asunto, para que el estudiante la consultara; pero no sucede así, ni mucho ménos; constantemente se hacen cambios en la nomenclatura; á cada paso se alteran las opiniones acerca de la patología, y, como consecuencia, tiene que pasar la clasificacion por frecuentes modificaciones. Presenta esto verdaderas dificultades para quien, no encontrándose capaz de formar opinion propia basada en investigaciones personales, se ve obligado á fiarse en lo que le digan los que se ocupan en anatomía patológica. Todos los que hayan estudiado á fondo la cuestion de tumores aceptarán lo que acaba de esponerse, y no es de temer que sea severo el juicio que formen del cuadro en que voy á tratar de desplegar las variedades de tumores ováricos, de manera que puedan verse de una simple ojeada; conozco las imperfecciones del mismo, pero no un método mejor de simplificar un asunto, de suyo difícil, para hacerlo fácilmente comprensible á la generalidad de los lectores, ni tampoco otro que sea tan útil en las investigaciones clínicas.

Con objeto de facilitar el estudio clínico de los tumores ováricos, será lo mejor dividirlos en dos clases: 1ª, los duros, que no presentan desarrollo quístico; 2ª, los caracterizados por dicho desarrollo.

El siguiente cuadro presenta de una ojeada estos dos géneros, y aquellas de sus subdivisiones ó especies que se encuentran en la práctica, no como curiosidades patológicas, sino como estados morbosos que requieren intervencion quirúrgica. Ciertas formas observadas muy rara vez, aun por los anatómicos mas industriosos, se mencionarán incidentalmente; pues á mi modo de ver ningun beneficio se obtiene mezclan-

do sus descripciones con las de otras que se vienen presentando constantemente á la atencion del facultativo.

- Tumores ováricos
  - Tumores duros
    - Carcinoma;
    - Fibroma.
  - Tumores quísticos
    - Cisto-carcinoma;
    - Cisto-fibroma, ó sarcoma;
    - Quistes dermoídeos;
    - Quistes ováricos, y cistomas.[1]

- Quistes pelvianos que se asemejan mucho á los ováricos
  - Quistes de los ligamentos anchos;
  - Quistes parásitos;
  - Hidro-salpinx (hidropesía de las trompas);
  - Quistes uterinos y fibro-quistes;
  - Hidropesía peritoneal enquistada;
  - Quistes sub-peritoneales;
  - Quistes que comunican con la médula espinal.

El encondroma y el osteoma, ó exóstosis, se han incluido en el género de tumores duros; pero la autenticidad de los casos que se han referido, es demasiado dudosa. Bajo la denominacion de tumores quísticos, podrían mencionarse el *hydrops folliculorum*, que á veces forma una bolsa del tamaño de la cabeza de una criatura; y una forma rara de degeneracion cisto-coloídea de ámbos ovarios que alcanza un volúmen mayor que el puño de un hombre, y que Rindfleisch ha descrito con el nombre de *struma ovarii*. El temor de complicar inútilmente el diagnóstico, ya bastante difícil, me ha decidido á no clasificar estas afecciones, tan interesantes para el patólogo, con las otras formas mas comunes de enfermedad ovárica, que generalmente requieren, no ya un simple diagnóstico, sino el auxilio de la cirujía.

Carcinoma.—A continuacion se presentan las diversas variedades de depósito canceroso que pueden afectar al ovario:

1ª. La glándula puede ser asiento de una verdadera degeneracion escirrosa. Este género de cáncer, ménos comun que otros, se presenta ordinariamente en la edad madura, y suele ocasionar un tumor de grandes dimensiones; su desarrollo es lento, y el tumor manifiesta el aspecto físico que caracteriza al escirro en otros órganos; puede sobrevenir en el ovario como un desarrollo maligno ya primitivo, ó ya secundario, en cuyo último caso su desarrollo primordial se habrá reconocido ántes en alguna otra parte del cuerpo.

[1] El *quiste* es una coleccion de líquido que se desarrolla dentro de una bolsa preexistente; el cistoma, una coleccion análoga que desarrolla su propio saco.

2ª. El ovario puede hallarse afectado de un depósito canceroso medular, que se origine en las vesículas de Graaf; en un *corpus luteum*, como Rokitansky lo observó una vez; ó en el estroma del órgano. La distension determina á veces la rotura de la túnica albugínea del ovario, y entónces se desarrolla una escrecencia medular exuberante en contacto con el peritoneo y las vísceras abdominales.

3ª. El cáncer medular y el escirroso pueden atacar, junta ó separadamente, la pared de un quiste, desarrollándose como una produccion ya endógena, ya exógena. En algunos casos el líquido canceroso invade en tanto grado las paredes del quiste, que no parece sino que se ha presentado una degeneracion quística, secundaria del depósito canceroso.

4ª. Vellosidades vasculares y arborescentes pueden proyectarse de la pared de un quiste, tapizando y llenando su cavidad, y dilatándola con el tiempo hasta el punto de romper sus paredes, despues de lo cual el elemento canceroso ubérrimo se desarrolla en contacto íntimo con el peritoneo, produciendo ora una peritonitis peligrosa, ora una abundante hidropesía abdominal.

Esta forma de cáncer va acompañada comunmente de la degeneracion coloídea, en cuyo caso constituye la variedad descrita por Cruveilhier con el nombre de cáncer alveolar.

Punto importantísimo ha de ser siempre el averiguar si la enfermedad participa del carácter de una de las variedades de cáncer que se acaban de enumerar; pues de ello tiene que depender no sólo el pronóstico, sino en algunos casos la determinacion de si es ó no oportuna la ovariotomía. El procedimiento operatorio, sin embargo, puede ser beneficioso, para prolongar la vida, aun cuando se trate de un caso de enfermedad maligna.

Los síntomas que suelen indicar el carácter maligno de un tumor ovárico son:

1º. Desarrollo rápido de un tumor duro en un ovario, acompañado de—

2º. Decaimiento acentuado de las fuerzas vitales, del ánimo, y del estado general de la enferma.

3º. Presentacion, en el caso de un tumor pequeño, de edema de los piés y empobrecimiento de la sangre, los cuales, por lo tanto, son consecuencias, no de la compresion ejercida por el tumor, sino del estado general de la sangre.

4º. Dolores lancinantes y urentes en el tumor.

5º. Apariencia caquética.

6º. Presentacion de ascitis, sin que existan evidencias de cirrosis, ú otra afeccion hepática, ni de enfermedad orgánica de los riñones ó del corazon, ni de peritonitis crónica.

La degeneracion quística del ovario adelanta algunas veces á pasos agigantados acompañándola en su marcha una demacracion rápida, una

postracion física notable, ascitis, y apariencia caquética. Se dirá tal vez, que un caso complicado de esta manera presentaría precisamente los mismos fenómenos que se han señalado como espresion de la enfermedad maligna, lo que es indudable; si bien no debe olvidarse, que al mencionar estos síntomas como auxiliares útiles para el diagnóstico, no he pretendido sostener que el observador pudiera siempre por medio de ellos evitar una equivocacion. Además, si he citado la presentacion de la ascitis con un tumor duro como síntoma importantísimo de una enfermedad ovárica de carácter maligno, no me refiero á una estravasacion ligera ó aun mediana con un tumor grande, sino á una cantidad notablemente desproporcionada de flúido, á un derrame muy abundante con un tumor muy pequeño.

Además del estado que acabamos de referir, hay otros dos que pueden crear dificultades en la distincion del cáncer ovárico: es uno, el embarazo, en la segunda mitad de su curso, complicado con derrame peritoneal; y otro, un fibroide uterino, acompañado de hidropesía. El primero se reconocerá generalmente por sus síntomas característicos; pero el segundo, aunque podría ser conocido por los signos racionales y físicos de los fibroides uterinos, dará muy probablemente mucho que hacer en el diagnóstico.

En los casos difíciles y oscuros, en los cuales es imposible hacer un diagnóstico seguro por los medios ordinarios, debe recurrirse á la paracentésis, á la incision esploradora, ó á ámbas cosas, ántes de permitir que pierda la enferma la posibilidad de curacion que le ofrece la ovariotomía. La naturaleza del caso mas oscuro puede muchas veces determinarse satisfactoriamente, evacuando el derrame abdominal é introduciendo el dedo índice por una pequeña abertura en el peritoneo, para tocar la escrecencia morbosa; pero en ciertos casos raros, ni aun por este medio se logra disipar toda duda.

En varias ocasiones de verdadero cáncer ovárico he podido establecer con exactitud el diagnóstico por los medios indicados; pero dos veces me equivoqué enteramente por fiarme en ellos, declarando ser cáncer lo que despues se vió que eran escrecencias benignas. Es inconcuso que los tumores quísticos de los ovarios pueden causar una ascitis escesiva, y todos los demas signos racionales que se han referido aquí como pruebas del cáncer.

Fibroma, ó tumor fibroso.—Rara vez se observa esta forma de tumor en el ovario, y nunca adquiere un volúmen muy grande; no embargante que en dos casos mencionados por Kiwisch, la escrecencia en uno era del tamaño de la cabeza de una criatura, y en el otro del de la cabeza de un adulto. El Dr. Farre pone en duda las relaciones publicadas de fibroides ováricos voluminosos, opinando que dichos tumores eran realmente cánceres, ó escrecencias relacionadas con el útero, que habían invadido los ovarios de manera que parecían nacer de ellos. Es probable que hayan dado lugar á errores en las relaciones de dichos

tumores, los fibroides peri-uterinos, que no provienen del útero mismo, sino de las fibras uterinas que se estienden á los ligamentos anchos y útero-sacros; esplicándose tambien no pocos de los casos enumerados de fibroides ováricos por haberse confundido esta clase de tumor con el cisto-fibroma. El verdadero tumor fibroso del ovario no se diferencia esencialmente del de la matriz, escepto en no ser pediculado como el último, y en ser mucho mas limitado su desarrollo.

No olvide el lector que estas observaciones se aplican al verdadero fibroide, y no al tumor fibro-quístico del ovario, el cual puede adquirir proporciones inmensas, y debe ser siempre considerado como enfermedad grave. Aplícanse tambien á la trasformacion del tejido fibroídeo en fibroma verdadero, pues dicho tejido se desarrolla comunmente en las paredes de escrecencias quísticas y cistomatosas.

Virchow opina que, en los casos auténticos de verdaderos fibromas ováricos, el tamaño de las escrecencias varía entre el de un huevo de gallina y el de la cabeza de un niño; y cree que son cisto-fibromas los que son mayores que estos. Fœrster, sin embargo, refiere un caso de un tumor del tamaño de una cabeza de adulto, y Scanzoni, y Van Buren, otros análogos. El Dr. Peaslee [1] menciona uno de igual tamaño que yo estirpé en 1864; pero no estoy de acuerdo con su clasificacion, pues, á mi modo de ver era un verdadero cisto-fibroma. Hé aquí la relacion que se publicó poco despues de la estirpacion. "Colocado el tumor sobre la mesa, y examinado por la palpacion, engañaba tanto la fluctuacion que al parecer presentaba, que aun por entónces se opinó que contenía un líquido á que no se había podido llegar con el trócar; opinion en que todos estuvieron hasta que, dividida la escrecencia, se vió que consistía en elementos fibrosos sueltos, formando células del tamaño de una nuez pequeña y llenas de una sustancia meliforme. El tumor pesaba mas de 14 libras, y esto despues de haber perdido por la seccion como 3 libras de la sustancia contenida en las células."

Los tumores duros que acaban de mencionarse reciben los nombres de cisto-sarcoma, cisto-fibroma, ó cisto-carcinoma, cuando en ellos se desarrollan quistes, como partes esenciales de las escrecencias.

Cisto-carcinoma.—Con el cáncer del ovario puede presentarse de tres maneras la formacion de colecciones flúidas: 1ª, en la estructura del escirro y del cáncer medular pueden desarrollarse quistes, como sucede en la del sarcoma; 2ª, en las paredes de un tumor quístico, primitivamente benigno, puede desarrollarse una sustancia maligna; 3ª, en el interior de un cáncer medular grande puede formarse una masa de flúido, por infiltracion de las células, y disgregacion en el centro del tumor. El estado morboso puede, pues, consistir en un cáncer complicado con la degeneracion quística, ó vice versa. La masa cancerosa, segun Scanzoni, puede desarrollarse en el tejido de las paredes del

[1] Ob. cit., p. 26.

quiste, formando eminencia al interior ó al esterior; ó nacer de las paredes como tumores pediculados ó sesiles, blandos, tumefactos y muy vasculares, llenos de una sustancia medular. El cáncer medular y la degeneracion coloídea pueden coexistir en un mismo tumor.

Estas escrecencias mortales no siempre se circunscriben á los ovarios, sino que los traspasan á veces, invadiendo el peritoneo ú otras partes inmediatas. Esta tendencia al desarrollo escéntrico esplica las protuberancias, tamañas como el puño, que tantas veces sirven de medio diagnóstico del cáncer ovárico. El cáncer quístico se distingue por la rapidez de su desarrollo, alcanzando en pocos meses dimensiones que no adquieren en muchos años ni el sarcoma ni el mismo quiste.

Los siguientes datos estadísticos reunidos por Scanzoni dan idea de la frecuencia de estos y de otros tumores ováricos á que ya se ha hecho referencia:

Casos examinados	1823
" de tumores ováricos	97
" sometidos á la autopsia	41
" de tumores flúidos	25
" " tumores coloídeos	9
" " cisto-sarcoma	5
" " cáncer quístico	2

El precedente cuadro demuestra que la afeccion que venimos considerando es mas rara que el sarcoma, y mucho mas rara que la degeneracion coloídea ó alveolar.

El tratamiento quirúrgico en dichos casos ofrece muy pocas esperanzas de buen éxito; y, segun mi esperiencia, la ovariotomía, practicada en enfermas de este mal, produce casi siempre la muerte: á pesar de todo, debe estudiarse si, como último recurso, es oportuno el practicarla.

En esta enfermedad, es mas grave el pronóstico, y mas corta la duracion de la vida que en otra ninguna afeccion de los ovarios.

Cisto-fibroma, ó Cisto-sarcoma.—Los patólogos y clínicos hacen hoy una distincion muy terminante entre el sarcoma y el fibroma uterino, aunque, tratándose de los ovarios, ámbos términos se emplean aquí como sinónimos. El estudio de este asunto demuestra que hace tiempo se vienen usando de la misma manera en los tratados de ginecología. Scanzoni, por ejemplo, describe los tumores fibrosos de los ovarios como "tumores compuestos de tejido celular;" y los cisto-sarcomas, como "tumores formados de tejido celular, en cuyo centro se encuentran cavidades mas ó ménos considerables;" Peaslee alude al cisto-fibroma, sin mencionar el cisto-sarcoma; y Barnes, y G. Braun tratan de este último sin hacer la menor referencia al primero. Debe tenerse presente que Rindfleisch,[1] aun refiriéndose á estas afecciones en general,

[1] Patholog. Histol., edicion americana, pp. 132 y 142.

dice: "No puedo separar los fibromas de los sarcomas. . . . Se distinguen tres variedades principales del sarcoma, á saber: el sarcoma de células redondas, el de células fusiformes, y el fibroma." "Con el término de cisto-sarcomas, dice Lücke,[1] se designan mas bien los tumores grandes, compuestos de masas sólidas, proliferaciones papilares, y numerosas cavidades cerradas y abiertas, tales como se encuentran en las mamas, el ovario y el testículo." En algunos casos el primer paso de la enfermedad es adenoma; luego es este afectado por sarcoma, que sufre una degeneracion quística, siendo el resultado una combinacion que Lücke llama adeno-cisto-sarcoma.

Estos quistes adquieren á menudo un tamaño muy grande. En el caso 91 de ovariotomía de Mr. Wells se estrajeron, por la paracentésis que precedió á la operacion, cosa de 20 litros de un flúido acuoso, de color oscuro, que contenía una gran cantidad de colesterina. El Dr. Fox, que examinó el tumor, dice que los quistes vaciados por la puncion formaban la mitad del volúmen de la masa, y que esta despues pesaba aun 13 libras. La estructura de la parte dura del tumor era muy compleja, presentando una agrupacion muy confusa de quistes de todas clases y tamaños, en algunos de los cuales el flúido era claro, y en otros parecido á un caldo espeso de guisantes. La clasificacion de estas masas es las mas veces difícil, por depender mucho su carácter de la proporcion de elementos quísticos y fibrosos que las componen; asemejándose la escrecencia á un tumor flúido cuando predominan los primeros, y apareciendo perfectamente duro si predominan los segundos.

Lo contenido en el quiste puede ser coloídeo, purulento, seroso ó sanguinolento, y á veces un derrame de sangre entre sus intersticios fibrosos produce un aumento rápido de tamaño. El sarcoma quístico suele adquirir dimensiones muy grandes, *colosales*, como ha dicho Kiwisch.

En el caso de Mr. Wells, á que acaba de aludirse, el tumor ocupaba todo el abdómen, y su borde superior se estendía dos pulgadas mas arriba del cartílago ensiforme; pero su desarrollo no fué con mucho tan rápido como el de la enfermedad puramente quística. El tumor en este caso, despues de un desarrollo lento durante siete ú ocho años, aumentó de volúmen en 1863 con la velocidad siguiente: de junio á julio, una pulgada; de julio á agosto, una; de agosto á setiembre, una; de setiembre á octubre, media; de octubre á noviembre, una.

Reconocida la presencia de uno ó mas quistes grandes, muchos de los síntomas producidos por su accion mecánica pueden aliviarse con la puncion; cuyos resultados, sin embargo, son mas peligrosos que en casos de tumores flúidos, á causa de la hemorragia é inflamacion que suelen serle consecutivas; ofreciendo además dicha operacion el inconveniente de tener el operador un campo mas limitado para la eleccion

[1] Ob. cit.

del punto en que se ha de practicar aquella. Además de la paracentésis, nuestros esfuerzos para completar el tratamiento paliativo deben consistir en aliviar los síntomas segun se vayan presentando, sostener la masa por medio de un vendaje abdominal, y recomendar la quietud durante las épocas menstruales.

El único tratamiento curativo que conocemos, algo eficaz para esta forma de tumor, es su estirpacion por la ovariotomía ; pero la operacion no promete tanto como en los casos de degeneracion quística, y sólo debe emprenderse despues de haberse manifestado plenamente los malos resultados de la enfermedad y su tendencia á destruir la vida. Requiere por lo general una larga incision abdominal, que suele ser dificultosa por las adherencias ; y con todo, las probabilidades de buen éxito son tales, que en muchos casos de grave pronóstico, no sólo es admisible el procedimiento, sino que es un deber el practicarlo.

Quistes dermoídeos.—Una forma particular de quiste, que contiene grasa, pelo, dientes, colesterina, cartílagos y huesos, suele á veces producirse en varias partes del cuerpo, como en la órbita, el suelo de la boca, el cerebro, los ojos, el mediastino anterior, los pulmones, el mesenterio, los testículos y los ovarios. En su pared se ven muestras de la existencia de glándulas sudoríparas, folículos sebáceos, papilas, y una túnica epitelial ; y vista con el microscopio presenta un aspecto muy parecido al de la piel. Muchas teorías caprichosas se han ideado respecto del orígen de tan raras escrecencias ; pero en la actualidad se cree generalmente, que son resultado de un desarrollo irregular y escéntrico de los tejidos del feto, durante la vida intra-uterina. Lebert fué quien avanzó la teoría de que procedía de los elementos presentes la generacion espontánea de una parte de la piel ; y en este dato tenemos, como dice Farre, "la base de que provienen muchos de esos productos."

M. Pigné ha analizado diez y ocho casos, con relacion á la edad en que se observaron, y ha obtenido los resultados siguientes :

5	existían en	vírgenes de ménos de 12 años ;
6	"	niñas de 6 meses á 2 años ;
4	"	fetos hembras de término ;
3	"	fetos espulsados en el octavo mes.

Los tumores dermoídeos son duros y generalmente globulosos, variando en tamaño, desde el de un huevo de gallina al de la cabeza de un adulto : dimensiones que esceden muy rara vez. Comunmente un solo ovario se halla comprometido, y por un solo tumor, aunque se han visto casos en que un solo ovario contenía gran número de quistes. Su contenido consiste por lo general en una mezcla de grasa, cabellos largos, dientes, estructuras cutáneas, y vestigios de huesos ; siendo comun encontrar los dientes, que suelen ser numerosos, ya engastados en las paredes quísticas, ya adheridos á fragmentos de hueso. En un

caso mencionado por Schnabel[1] su número pasaba de 100 ; y Ploucquet[2] refiere un caso de 300.

Las historias de semejantes casos son tan raras que he creido de interés copiar la que sigue, de la obra del Profesor Kiwisch : "Una jóven de 17 años se vió atacada de una hinchazon del ovario izquierdo, que al cabo de 21 años se estendía mas abajo de la rodilla, midiendo su circunferencia 4 varas. La muerte ocurrió á los 38 años de edad, descubriéndose en la autopsia que solamente el saco del ovario pesaba 14 libras, y contenía 40 de una masa adiposa, espesa y meliforme, que estaba mezclada con muchos cabellos de diversas longitudes, entre los cuales se encontraron rizos de dos pulgadas de largo, gruesos como el dedo pulgar, y que parecían greñas ; en la superficie interna del saco había pelos cortos. Se encontraron además ocho concreciones óseas de forma irregular, una de las cuales medía 7, y otra 10 pulgadas de longitud y unas 2 de ancho ; uno de estos huesos era de forma poligonal y presentaba 7 dientes molares, y 1 incisivo, existiendo además 9 huesos sueltos. Los dientes eran tan grandes, perfectos y firmes como los de una jóven de 20 años."

Estas formaciones anormales, aunque inocentes en sí, y sin propension á crecer con rapidez ó á adquirir gran desarrollo, suelen producir resultados muy graves y aun funestos, ya causando supuracion y abceso á consecuencia de la irritacion determinada por masa estraña; ya perforando el peritoneo y derramándose en su cavidad ; ya porque el quiste que contiene elementos dermoídeos segregue flúido y se trasforme en tumor fluctuante. De 45 tumores ováricos que he estirpado, 2 eran quistes grandes desarrollados sobre escrecencias dermoídeas que contenían grasa y pelos, y uno de ellos un pequeño fragmento óseo; pero en estos casos los quistes dermoídeos no se comunicaban con los grandes, que estaban llenos de un flúido coloídeo que formaba la masa del tumor. En ámbos casos el tumor estaba casi estirpado, cuando se abrió un quiste lleno de flúido, grasa, etc. Los quistes grandes presentaban una semejanza exacta con el cistoma multilocular ordinario.

Las mas veces, estos tumores se descubren sólo por casualidad. La esploracion física revela la presencia de una masa dura, redonda, que no duele al ser tocada, y perfectamente movible, á ménos que sea de un tamaño grande. Cuando son pequeñas no requieren tratamiento especial, á no ser que estorben el parto, como sucedió una vez al Dr. Ramsbotham ; pero si el trabajo supuratorio ataca la pared quística y la masa forma elevacion, las indicaciones del tratamiento son las mismas que en los casos de abcesos de la cavidad pelviana. Cuando se desarrollan uno ó mas quistes grandes, se tratarán del propio modo que el cistoma comun de los ovarios.

Hemos llegado ya al punto en que conviene estudiar los quistes y

[1] Kiwisch, ob. cit. [2] Becquerel, ob. cit.

cistomas ováricos, asunto de la mayor importancia y que exige un exámen escrupulosísimo de parte del ginecólogo, por cuya razon me propongo dedicarle un capítulo aparte. Antes de pasar á dicho estudio, sin embargo, me parece oportuno considerar brevemente la degeneracion coloídea de los ovarios, afeccion que muchos miran hoy dudosos en lo relativo á su malignidad. Segun opinion generalmente recibida durante largo tiempo, acerca de los tumores coloídeos (*κόλλα*, cola fuerte ; *εἶδος*, semejante), ó gelatinosos, eran estos de naturaleza cancerosa ; pero en lo pequeño de su tamaño, no ménos que en sus rasgos clínicos, distan tanto de la verdadera enfermedad maligna, que va prevaleciendo la creencia de que no revisten necesariamente dicho carácter. Tal es la teoría hoy adoptada por los doctores Farre, G. Hewitt, Kiwisch, Collis,[1] Becquerel, y los mas de los autores modernos que han escrito sobre este punto.

Refiriéndose Hewitt á los tumores coloídeos de los ovarios, dice : "La última designacion (cáncer coloídeo) no es buena, pues el estudio atento de los hechos lleva á la deduccion de que la afeccion no es cáncer absolutamente ;" y M. Becquerel[2] coloca, al parecer, la cuestion en su verdadero punto, al decir que : "Bajo el nombre vago de quistes coloídeos, se han confundido diversas enfermedades; y es esencial, por lo tanto, que, ántes de proseguir, distingamos estas diferentes variedades, lo que trataremos de hacer, siguiéndoles (á Virchow y á Scanzoni), notando previamente que con el término de sustancia coloídea no han querido algunos, de ninguna manera, designar un producto canceroso, miéntras que otros le han atribuido semejante orígen." Virchow[3] se espresa enérgicamente sobre este punto, y dice, al hablar de la diferencia entre la forma y naturaleza de los tumores : "Podéis decir, por consiguiente, cáncer coloídeo, sarcoma coloídeo, fibroma coloídeo, sin que coloídeo signifique aquí nada mas que gelatinoso ;" y en seguida añade, que no debiera existir confusion alguna en cuanto al significado patológico entre escrecencias como el cáncer coloídeo y la degeneracion coloídea del cuerpo tiroides. Becquerel cita como sigue la descripcion que Virchow hace del llamado cáncer alveolar: "El parénquima ovárico contiene pequeños sacos llenos de una sustancia gelatinosa, y cuyas paredes tapiza una capa epitelial. Estas vesículas se desarrollan en todas direcciones, pero mas especialmente en la periferia de los ovarios, donde forman masas de configuracion irregular. Algunas se encuentran aisladas, otras se agrupan de la manera siguiente: Las paredes de dichas vesículas desaparecen por atrofia del tejido celular, cuando solamente están formadas por la capa epitelial, la cual se infiltra de grasa, rompiéndose fácilmente las paredes que las unen, al paso que las del quiste grande quedan intactas y se hipertrofian. . . . La rotura de las vesículas ocurre otras veces por esceso de distension, que produce

[1] Ob. cit., p. 205. [2] Ob. cit., p. 226. [3] Cellular Pathol., p. 512.

hemorragia, encontrándose sangre en las vesículas." Kiwisch lo describe como una disgregacion del estroma de los ovarios, y trasformacion del mismo en cavidades celulares, alvéolos, agrupados íntimamente, y que contienen una sustancia semi-flúida y gelatinosa ; y otros han comparado la masa á un panal de miel, ó á una esponja.

Del estado actual del asunto, podemos colegir con bastante seguridad, que aunque el depósito coloídeo puede coexistir en el ovario con un verdadero cáncer, la formacion particular de alvéolos en el estroma, que acaba de describirse, no es por sí una enfermedad maligna, aunque parece ser un eslabon de conexion entre el cáncer y las degeneraciones benignas. Complica frecuentemente el cáncer, el sarcoma, y los tumores flúidos ; y Kiwisch dice haber "observado que una degeneracion alveolar de considerable estension permanece en el organismo durante muchos años consecutivos, sin producir ningun efecto marcadamente malo."

La paracentésis está indicada cuando se descubre un quiste grande en cualquier parte, y el tamaño del tumor exige que se disminuya, por la presion que hace esperimentar en las partes adyacentes; pero semejante acumulacion no es comun en un tumor puramente alveolar, y entónces el reconocimiento de su naturaleza benigna debe alentarnos á practicar la ovariotomía, si es progresiva la marcha de la enfermedad y se interesa la constitucion de la mujer.

CAPÍTULO XLV.

QUISTES Y CISTOMAS OVÁRICOS.

ESTA enfermedad consiste en el desarrollo de quistes dentro del ovario, sin crecimiento simultáneo de elementos sólidos, tales como el fibroma ó carcinoma. Estos tumores son para el práctico los mas importantes de todos, por ser los que mas comunmente se observan en el ovario; tambien, por fortuna, son los mas susceptibles de alivio por medios quirúrgicos.

El orígen de los quistes ováricos es cuestion acerca de la cual todavía no están de acuerdo los patólogos, y miéntras algunos, con Wilson Fox,[1] convienen en que "todas las variedades de quistes que se encuentran en los ovarios han provenido de las vesículas de Graaf, y en que las formas multiloculares no son resultado de ninguna degeneracion especial del estroma;" otros, como Wedl, ponen en duda su orígen foliculoso; y hay otros que admiten, con Rindfleisch, que las formaciones quísticas tienen dos puntos diferentes de orígen, á saber: los folículos, y los intersticios del estroma.

"Muchas veces, dice Rokitansky,[2] no cabe duda de que se forman de las vesículas de Graaf, y parece que un proceso inflamatorio tiene una aptitud particular para imprimir el primer impulso á esta metamórfosis; aunque tambien es probable que se produzcan con igual frecuencia, como nuevas formaciones, desde un principio."

"En otro tiempo se suponía muy generalmente, dice Wedl,[3] que los quistes del parénquima del ovario se originaban en las vesículas de Graaf; pero nunca se presentó prueba ninguna directa de ello."

Lücke,[4] una de las autoridades mas recientes y fidedignas, se espresa aun con mayor energía que Wedl contra ese modo de produccion, y despues de citar las teorías de Rokitansky, añade: "Pero ya hemos

[1] Med. Chirurg. Trans., 1864. [2] Ob. cit., p. 249. [3] Wedl, Path. Histol., p. 462.

[4] Capítulo sobre Tumores, en el "Manual of General and Special Surgery," por Billroth y Pitha.

dicho que los quistes pueden desarrollarse sólo en el tejido conjuntivo, y únicamente á consecuencia de una irritacion antigua, y que no parece de ningun modo probable que se formen esos quistes por exudacion espontánea. Esta teoría no es ciertamente admisible en cuanto á los cistoides del ovario, que son esencialmente quistes que provienen de tejido reblandecido."

Miéntras patólogos esperimentales se ocupan en someter á prueba esta cuestion, bien podemos admitir por ahora que hay dos procesos patológicos enteramente distintos por cuyo medio se engendran los verdaderos quistes ováricos :

1°. Las vesículas de Graaf se llenan de una sustancia coloídea debida á una secrecion anormal de sus paredes, y segun Rokitansky y Rindfleisch,[1] probablemente resultado de una enfermedad inflamatoria de la pared de la vesícula. Esto no constituye el *hidrops folliculorum* insignificante que produce pequeños quistes, sino una verdadera degeneracion coloídea de la vesícula, de mucha mas importancia.

2°. Puede presentarse en el estroma del ovario un desarrollo de quistes sin conexion alguna con las vesículas. Cuando así sucede, el quiste, segun Wedl, "consiste en el aumento escesivo de volúmen de las aréolas del tejido areolar, y de las nuevas formaciones papilares compuestas de tejido conjuntivo." Waldeyer, en su escelente tratado sobre los tumores ováricos, se manifiesta de acuerdo con esta opinion.[2]

Lücke esplica con tanta claridad la teoría de Rokitansky sobre la formacion de estos quistes en el estroma, que prefiero valerme de sus palabras á copiar el original : "Los quistes suelen formarse tambien por exudacion en el tejido conjuntivo nuevamente formado; el flúido dilata los diversos manojos, y como se entrecruzan en todas direcciones, el resultado es la forma globular ; así es que pequeños espacios, muy numerosos, se comunican unos con otros, y de sus paredes nacen nuevos quistes, pudiendo formarse de esta manera tumores muy complejos." Rindfleisch[3] admite ámbos orígenes del cistoma ovárico en las siguientes palabras : "La investigacion exacta prueba tambien que la mayoría, por lo ménos, de todos los quistes ováricos, proviene de las vesículas de Graaf; miéntras que hay que admitir por otra parte, y hasta que haya mas informes, el orígen distinto para un grupo de quistes, que si no son tan grandes, no por eso dejan de tener igual importancia."

Ha llamado mucho la atencion últimamente el desarrollo de una sustancia parecida al elemento glandular del ovario, que constituye el *nidus* de los quistes, y para la cual propuso Mr. Spencer, en 1862, el nombre de *adenoma*, ó *tumor adenoídeo*." Investigaciones ulteriores han satisfecho, al parecer, á los patólogos, de que en todo verdadero cistoma ovárico se presenta un grado de desarrollo adenoídeo. El mismo Mr.

[1] Ob. cit., p. 515.
[2] Waldeyer, "Eierstock und Ei," Leipzig, 1870.
[3] Ob. cit., p. 515.

Wells, en su obra reciente sobre las Enfermedades de los Ovarios, considera todos los quistes simples, múltiples y prolíferos, bajo la denominacion de tumores adenoídeos ; y Delafield[1] declara, que " la mayoría de los quistes compuestos del ovario son adenomas con dilatacion de las vesículas," parecer que Klebs sostiene enérgicamente. Como el adenoma es, pues, un elemento frecuente de los cistomas ováricos, no requiere consideracion especial y aparte.

La naturaleza del cistoma ovárico, basada en la existencia de pocos ó de muchos quistes, ha sido objeto de asidua consideracion hasta hace poco tiempo ; pero los patólogos empiezan á dar ménos importancia á dicho fenómeno. Rindfleisch declara que al principio todos son multiloculares, convirtiéndose despues en pauciloculares, y en ciertos casos raros, hasta en uniloculares, por la fusion de quistes adyacentes, que resulta de la destruccion del tabique que los separa. Sin embargo, es preciso admitir, que existe una clase de tumores cuyo carácter distintivo consiste en la presencia de unos pocos quistes solamente, de los cuales son, por lo comun, uno ó dos muy grandes ; y otra clase que se distingue particularmente por numerosos quistes pequeños. La primera constituye el tumor oligoquístico de Peaslee ; y la segunda, el tumor poliquístico ; ó quistes pauciloculares y multiloculares, como tambien se les ha llamado.

Cada clase presenta ordinariamente ciertos rasgos bien marcados, cuya apreciacion es importante bajo un punto de vista práctico. Rindfleisch describe la primera como sigue : "Tumores multiloculares de todos los tamaños hasta el de la cabeza de un hombre, ó quistes uniloculares cuyas dimensiones llegan hasta dos piés de diámetro, con superficie lisa, pero poco adhesiva, y paredes fibrinosas y relativamente espesas, cuya cara interna cubren muy á menudo escrecencias semejantes á las de coliflor, ó papilares de carácter mas tuberoso." Esta es la variedad que dicho autor cree que es efecto de la degeneracion coloídea de las vesículas de Graaf.

Describe la segunda forma con estas palabras : " En el lugar de un ovario (el otro, por regla general, está sano, miéntras que en la primera forma ámbos suelen encontrarse enfermos), existe un tumor, no pocas veces de mayor tamaño que la cabeza de un hombre, compuesto de varios quistes grandes, muchísimos mas pequeños, y aun de los mas pequeños. Los quistes mas grandes se encuentran frecuentemente comprimidos, y los restos de sus antiguos tabiques se presentan en forma de membranas fenestradas, ó de cordones vasculares, que se ramifican y sucumben evidentemente á una maceracion gradual. Es probable que la superficie del tumor esté siempre unida al peritoneo por numerosas adherencias inflamatorias, sobre las que van y vienen vasos venosos de mayor calibre. Las paredes del quiste son relativamente

[1] Post-mortem Examinations and Morbid Anatomy.

tenues y se desgarran con facilidad." Rindfleisch considera que esta variedad es resultado de la degeneracion coloídea del estroma.

El aserto de Rindfleisch de no poderse atribuir ningun "significado fundamental" al carácter unilocular ó multilocular de estos tumores, es exacto bajo un punto de vista anatómico; pero tambien lo es, que el reconocimiento de la diferencia entre las dos formas de tumores descritas, y de la que existe entre estas últimas y otra llamada compuesta por estarlo de elementos quísticos y sólidos, auxilía mucho al práctico en el pronóstico y el tratamiento. Vamos, pues, á considerar las variedades de estas escrecencias con referencia á los puntos aludidos, y á recapitular sucintamente lo hasta ahora dicho.

Los quistes ováricos están caracterizados por tres rasgos marcados: 1°, quistes de un solo ó muy pocos compartimientos grandes; 2°, quistes de muchísimos compartimientos pequeños, separados por paredes inter-quísticas delgadas, ó por trabéculas gruesas; y 3°, quistes compuestos de elementos sólidos y flúidos, en variadas proporciones. La primera clase constituye el tumor llamado monoquístico, unilocular, paucilocular, ú oligoquístico; la segunda, el tumor conocido como multilocular ó poliquístico; y la tercera, el llamado comunmente tumor ovárico compuesto. Rindfleisch dice que "todos los cistoides son al principio multiloculares," pero afirma que los tumores que proceden de la degeneracion coloídea de las vesículas de Graaf manifiestan una aptitud especial para volverse uniloculares. El verdadero monoquiste es raro, aunque puede alcanzar el tamaño de la matriz en el noveno mes del embarazo; y Kiwisch[1] ha encontrado uno cuyo contenido pesaba mas de 40 libras. En el tumor compuesto, por haberse formado quistes en el tejido sólido, el exámen revela la presencia de elementos sólidos y flúidos. Estos quistes se producen principalmente por reblandecimiento de tejido ó, como se dice, *por liquefaccion*. Billroth dice que "tan pronto como la nueva formacion se separa en sacos con flúido, empieza en algunos casos una secrecion por la pared interior de la bolsa, de manera que el quiste por liquefaccion se convierte en quiste por secrecion ó exudacion, y crece de este modo."

Las paredes de los quistes del ovario están formadas por una cubierta peritoneal, la túnica propia (túnica albugínea) de la glándula, y una capa epitelial; el peritoneo suele hipertrofiarse escesivamente, adquiriendo un espesor de media pulgada en ciertos casos raros.

Estos quistes alcanzan dimensiones verdaderamente maravillosas. Ya se ha dicho que rara vez se ven tumores uniloculares, ó monoquísticos, de tamaño muy grande; pero se refieren casos de tumores multiloculares, que contenían mas de 100 libras de líquido; y el Dr. Copland, en el *Dict. of Pract. Med.*, cita uno en que se practicó varias veces la puncion en el trascurso de un año, estrayéndose mas de 250 litros de flúido.

[1] Ob. cit., p. 102.

Uno ó ámbos ovarios pueden ser asiento de la afeccion, observándose esta mas frecuentemente en el lado derecho. El adjunto cuadro demuestra la frecuencia comparativa de la enfermedad en cada uno de los ovarios:

Autor.	Número de casos.	Ovario derecho atacado.	Ovario izquierdo atacado.	Ambos ovarios.
Safford Lee	93	50	35	8
Chéreau	215	109	78	28
Scanzoni..........	41	14	13	14

Contenido de los quistes ováricos.—Scherer y Eischwald[1] han estudiado profundamente este asunto, dejando muy poco que desear las minuciosas investigaciones del último respecto de los caractéres químicos de estos flúidos.

El contenido de estos tumores varía muchísimo, entre un flúido trasparente, albuminoso y seroso, y una materia espesa y gelatinosa, que no corre por ninguna cánula, siendo necesario quitarla con las manos. Su peso específico puede llegar á 1007, aunque generalmente es de 1018 á 1020, siendo su constituyente químico mas importante un albuminato que se llama coloide, el cual suele ser mas espeso en los tumores poliquísticos que en los oligoquísticos, y mas denso en estos últimos cuando son pequeños que cuando han adquirido grandes dimensiones. La puncion parece aumentar la densidad del flúido en los tumores oligoquísticos.

Segun Eischwald, se verifican simultáneamente dos trasformaciones químicas en los flúidos de los quistes. La materia coloídea se convierte en muco-peptona, al mismo tiempo que los albuminatos que trasudan de la sangre se trasforman en albúmino-peptona. Bajo la influencia del calor del cuerpo, segun se espresa Rindfleisch, efectúase una especie de digestion de la materia cruda, y, por consiguiente, miéntras mas voluminoso y antiguo es el tumor, es probable que sea ménos denso su contenido. Estos flúidos, segun Eischwald, están compuestos químicamente de los elementos siguientes:

De carácter mucoso—

Sustancia de partículas coloídeas;
Mucina;
Sustancia coloídea;
Muco-peptona.

De carácter albuminoso—

Albúmina (y fibrina);
Paralbúmina;

[1] Würzburger Medizinische Zeitschrift, 1864.

Metalbúmina;
Albúmino-peptona (y fibro-peptona).

Como ejemplo de su análisis cuantitativo presentamos el siguiente, de uno de los casos de Eischwald. 1000 partes contenían—

Agua	931,96
Sustancias orgánicas	59,77
Residuos	8,27
	1000,00

Las residuos (8,27) contenían—

Sales solubles en agua		7,53
Sulfato de potasa	0,08	
Cloruro de potasio	0,59	
Sodio	6,29	
Fosfato de sosa	0,16	
Carbonato de sosa	0,38	
Pérdida	0,03	
Sales insolubles en agua		0,74
		8,27

Reactivo de la paralbúmina.—Déjese reposar el flúido en un lugar fresco y sepárese, por filtracion ó decantacion, la parte que sobrenada de la que se precipita ; hágase pasar en seguida una corriente de gas ácido carbónico por el líquido, lo que determinará inmediatamente un precipitado de paralbúmina en forma de copos pequeños.

Reactivo de la metalbúmina.—Digiérase otra parte del flúido con alcohol puro durante tres dias; fíltrese, y caliéntese con agua destilada ; vuelva á filtrarse, y la metalbúmina podrá precipitarse con sulfato de magnesia. Si á este líquido se añaden unas cuantas gotas de ácido acético diluido, la paralbúmina se precipita, disolviéndose de nuevo con un esceso de ácido.

Examinados á simple vista, los flúidos de los quistes ováricos presentan diversos aspectos, segun se encuentren teñidos de sangre ó de pus, procedentes de la hemorragia ó de la supuracion de las paredes quísticas. Las variedades que se encuentran generalmente son : un líquido de color claro parecido al agua de cebada ; un líquido de un color moreno claro, semejante á la infusion de linaza ; uno de un color rojo oscuro, que parece sangre ; una sustancia gelatiniforme semi-sólida, de un tinte amarillo verdoso ; un flúido purulento, sumamente fétido, que se asemeja mucho al caldo de guisantes ; muy rara vez un líquido escesivamente negro ; y, en los quistes dermoídeos, una masa grumosa, de la consistencia de un caldo muy espeso.

Es cuestion que tiene evidentemente gran importancia, la de si un verdadero quiste ovárico, bastante grande para reclamar la intervencion quirúrgica, es decir, cuyo volúmen pase del de la cabeza de un niño, (dimensiones que suele alcanzar la hidropesía de los folículos,) contiene

alguna vez un flúido desprovisto de albúmina. Wells[1] y Barnes reconocen tres grupos de flúidos ováricos, y declaran que el primero de ellos no contiene ni grasa ni albúmina, añadiendo Wells que "ni se coagulan ni precipitan por la accion del calor ó del ácido nítrico." W. L. Atlee confía en la falta de albúmina como signo que indica no ser ovárico el quiste; y el interesante caso referido por J. L. Atlee,[2] que copiamos á continuacion, demuestra la importancia que daba á este punto.

"En octubre de 1870, operé á la Sra. de M., mujer de mas de 50 años, quien por espacio de algunos venía padeciendo una hinchazon del abdómen, causada por la presencia de un flúido, que se había evacuado como 27 veces por la puncion, reproduciéndose rápidamente despues de cada operacion. Despues de las dos ó tres últimas punciones, quedó un tumor pequeño en la pélvis, en la region ilíaca derecha, pero nunca pudo descubrirse albúmina en el flúido con los reactivos ordinarios de calor y ácido nítrico. Por esta razon diagnostiqué un quiste seroso unido al ligamento ancho. La presencia del tumor, que era del tamaño de un huevo de pava, en la region ilíaca derecha, (cosa estraña en los quistes serosos,) hacía dudoso su verdadero carácter; pero la imposibilidad de descubrir albúmina con los reactivos indicados, me decidió en contra de la operacion. En estas circunstancias, se puso una porcion del flúido obtenido en la última puncion en manos del Dr. Drysdale, quien opinó decididamente que el líquido provenía de un quiste ovárico. Apoyado en la fuerza de semejante parecer, dije á los parientes de la enferma, que haría la operacion si el flúido volvía á reproducirse.

"En consecuencia, el 14 de octubre, de 1870, estirpé un quiste de carácter estraordinario, que con el flúido que contenía pesaba 15 libras. La mitad superior del quiste era muy delgada y de naturaleza serosa, siendo mas gruesa la parte debajo del ombligo; y descendiendo á la pélvis, se vió que era el ovario derecho que presentaba un quiste grande, el cual llenaba la parte superior del abdómen, y un grupo de quistes muy pequeños, que constituían el tumor ilíaco y pelviano.

"Lo notable de este caso consistía en la rotura (ocurrida probablemente al principio de la enfermedad y ántes de que yo viese á la enferma) de la túnica propia, ó albugínea, del ovario, dejando intacta la cubierta peritoneal y bastante fuerte para contener, no sólo la pequeña cantidad de secrecion ovárica, sino la serosidad segregada por la capa peritoneal. Esto, hasta cierto punto, esplicaba la rapidez con que el líquido se reproducía despues de cada puncion."

La exactitud de la esplicacion del Dr. Atlee deja lugar á dudas; pero el caso que acabamos de copiar demuestra ampliamente su confianza en la presencia de la albúmina como signo del quiste ovárico. Peaslee[3] se expresa en los siguientes términos: "el flúido de un cistoma ovárico contendrá probablemente albúmina siempre que sea suficientemente límpido para poder correr por la cánula fina del trócar esplorador;" y en cuanto á mí toca, puedo decir con seguridad, que jamas he visto un flúido verdaderamente ovárico que dejase de contener albúmina.

Los elementos sólidos del flúido de los quistes ováricos, consisten en

[1] Diseases of Ovaries, edic. amer., p. 92.
[2] Ensayo por el Dr. Drysdale, Trans. Amer. Med. Asso.
[3] Ob. cit., p. 116.

los productos de la hemorragia, de la descamacion y degeneracion grasosa de estructuras epiteliales, y contienen colesterina, glóbulos de grasa, corpúsculos de sangre, y células pigmentarias.

Aspecto de los flúidos ováricos examinados con el microscopio.—Los flúidos serosos ménos espesos, en comparacion con los de naturaleza coloídea, presentan pocos elementos celulares. Eischwald[1] encontró en los últimos, bajo un aumento de 300 á 550 veces, una cantidad tan enorme de elementos morfológicos, que fué menester dilatar el flúido con agua para poder examinarlo. Hecho esto, descubrió elementos grasosos de varios tamaños; células redondas, y algunas de ellas dentadas; grandes células coloídeas; células redondas parecidas á los cuerpos pioídeos de Lebert, ó los corpúsculos de exudacion de Henle; agrupaciones globulares de diversos tamaños; escamas de epitelio córneo; cristales de colesterina; pigmento moreno oscuro, etc.

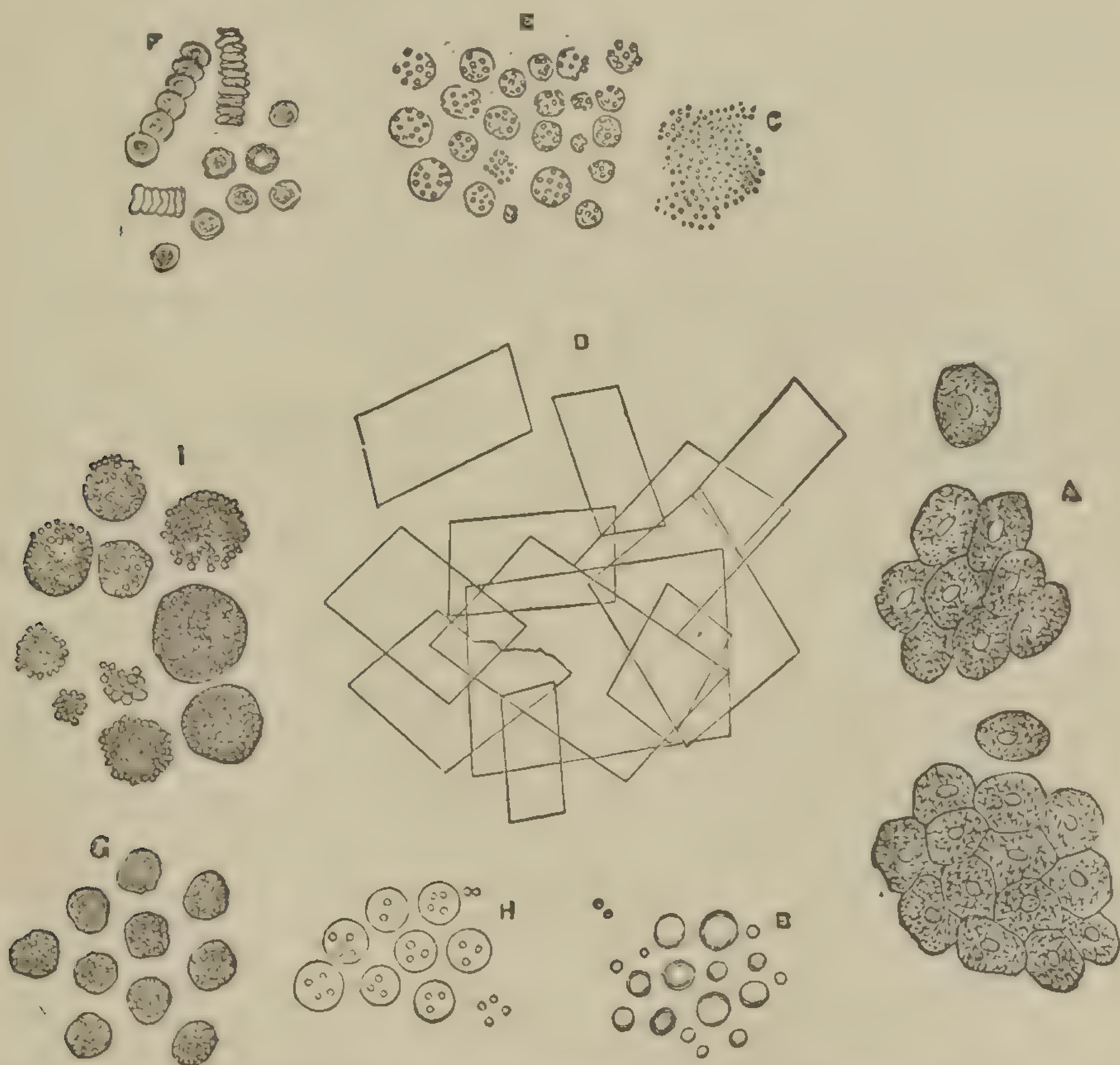


FIG. 175.—Aspecto del flúido ovárico examinado con el microscopio. (Drysdale.)

"Colocando bajo el microscopio, dice Drysdale,[2] una gota del flúido evacuado de un quiste ovárico, se observa generalmente cierto número de células granulosas (E), granulaciones libres (C), y pequeños glóbulos oleosos (B); presentándose, además, muchas veces células epiteliales de diferentes formas (A), y cristales de colesterina (D). Estos, junto con corpúsculos de sangre (F), los glóbulos inflamatorios de Gluge (I), la célula de pus (G, H), sangre desintegrada, y otras células, pueden verse algunas veces nadando en un flúido, ya claro, ya turbio."

[1] Ob. cit.

[2] Ob. cit.

Todo esto es interesante para el micrógrafo y el patólogo; pero, ¿existe acaso alguna célula característica, ó elemento patognomónico, en cuya existencia pueda basarse un diagnóstico positivo del quiste ovárico? Hé aquí la pregunta que constituye el punto de mayor importancia para el ovariotomista, y mucho se habrá adelantado en este asunto cuando pueda ser contestada, de un modo indudable, afirmativamente. Spiegelberg, en una interesante conferencia sobre el diagnóstico de los tumores ováricos, menciona el epitelio cilíndrico, las células coloídeas, la colesterina, etc., y parece confiar, mas que en ninguna célula especial, en el carácter de las células que provienen de la parte que segregó el flúido.

Nunn llamó, tiempo há, la atencion hácia una granulacion especial (*gorged granule*), aunque no como punto diagnóstico; y Paget, Bennett, Gluge, y otros, hablan del *corpúsculo granuloso*, de la *célula granulosa compuesta*, y de los *glóbulos de inflamacion*. El Dr. T. M. Drysdale, de Filadelfia, ha descrito recientemente, en una memoria que ya ha sido citada, una célula que él llama *célula granulosa ovárica*, la cual, á su modo de ver, es de gran importancia en el diagnóstico, por considerarla patognomónica de enfermedad ovárica, cuando se presenta en los tumores de la pélvis. Este asunto es tan importante, que prefiero copiar las palabras mismas del Dr. Drysdale, quien, refiriéndose á las células representadas en la Fig. 175, dice:

"Es raro, sin embargo, que una misma muestra las presente todas, siendo mas comun descubrir sólo tres ó cuatro en el flúido; *pero estén ó no las otras células presentes, se encuentra casi siempre en estos flúidos la célula granulosa.*

"En el flúido ovárico, esta célula granulosa (E), es generalmente redonda, aunque á veces un poco ovalada, muy delicada, trasparente, y contiene cierto número de granulaciones finas, sin presentar núcleo. Las granulaciones tienen contornos distintos y bien marcados. Estas células, muy diferentes en cuanto á su tamaño, son siempre iguales en estructura, y sus diámetros varían desde $\frac{1}{5000}$ á $\frac{1}{2000}$ de pulgada. Algunas veces las he visto mucho mas grandes, pero el diámetro mas comun es, próximamente, el de un corpúsculo de pus.

"El ácido acético hace que los gránulos se pongan mas claros y la célula mas trasparente; y el éter vuelve aquellos casi trasparentes, sin cambiar el aspecto de la célula.

"La célula granulosa se distingue de la célula de pus, del corpúsculo de linfa, del glóbulo blanco de la sangre, y de otras células que se le asemejan, tanto por su aspecto, como por los efectos que en ella produce el ácido acético.

"Las células de pus y otras (G) que acaban de nombrarse, presentan á menudo un aspecto visiblemente granuloso; pero, por efecto de la opacidad parcial de dichas células, las granulaciones no están tan claramente caracterizadas como en la célula granulosa que se observa en casos de enfermedad ovárica, notándose mucho la diferencia, cuando esta última célula y el corpúsculo de pus se colocan juntos bajo el microscopio. Además de la opacidad de estas células, sus paredes presentan muchas veces mas bien arrugas que granulaciones, y lo que es mas, cuando son recientes, se observará tambien con frecuencia que contienen un cuerpo parecido á un núcleo.

"Pero, cualquier duda que quedare con respecto á la naturaleza de la célula, se disipa añadiendo el ácido acético, pues entónces, si fuere un corpúsculo de pus, ó cualquiera de las células supradichas, aumentará de volúmen, poniéndose muy trasparente y presentando á la vista de uno á cuatro núcleos; (véanse los corpúsculos de pus G, ántes de añadir el ácido, y H, despues.) Si fuere realmente una célula granulosa ovárica, el ácido sólo aumentará su diafanidad, y hará ver mas distintamente las granulaciones.

"La célula granulosa compuesta (I), la célula de gránulo de Paget y otros, ó el corpúsculo de inflamacion de Gluge, suelen presentarse de vez en cuando en estos flúidos, siendo posible que pudieran equivocarse con la célula granulosa ovárica, aunque no es difícil diferenciarlas una de otra. La célula de Gluge es generalmente mucho mayor y mas opaca que la ovárica, y se parece á una agrupacion de pequeñísimos glóbulos grasosos, unas veces encerrados en un saco celular, y otras no; los gránulos son mas gruesos y de diversos tamaños, miéntras que los de la célula ovárica son mas uniformes y muy pequeños, diferencias que pueden apreciarse comparando ámbas células en la figura. Además, por la adicion del éter, se decide desde luego la duda; pues, miéntras que la célula ovárica permanece casi intacta ó, cuando mas, palidecen un poco sus gránulos, la célula de Gluge pierde su aspecto granuloso, y á veces desaparece por completo disolviéndose su contenido en el éter.

"No pretendo decir que sea nuevo el descubrimiento de la célula granulosa en el flúido ovárico, pues J. Hughes Bennett y otros autores han descrito células de este carácter, que observaron en dichos flúidos; pero sus descripciones, con una sola escepcion, no corresponden á la *célula granulosa ovárica*. Bennett,[1] por ejemplo, dice que la célula granulosa que ha observado manifestaba un núcleo distinto al añadir el ácido acético, lo que no sucede con la célula ovárica; y otros autores describen las células que encontraron, como células de pus y pioídeas, y otros las confunden con la célula granulosa compuesta, ó glóbulos de inflamacion. La escepcion aludida se encuentra en la descripcion de Beale,[2] del aspecto microscópico del flúido ovárico."

El Dr. Drysdale afirma que la descripcion hecha por Beale corresponde próximamente á la de su "célula granulosa ovárica, pero es incompleta, y no se hace mencion de ningun reactivo por cuyo medio se pueda distinguir de las otras células granulosas;" y da por lo tanto por suyo el mérito de haber sido el primero en describir una célula que no había sido descrita ántes con exactitud, y de haber presentado el reactivo para distinguirla de otras que se le asemejan mucho, como el corpúsculo del pus, el glóbulo blanco de la sangre, y la célula granulosa compuesta. Resume lo dicho en estas palabras:

"Pretendo, pues, haber descubierto en el flúido ovárico una célula granulosa, en la que el ácido acético y el éter producen efectos distintos de los que esperimentan todas las demas células granulosas conocidas, que se encuentran en la cavidad del abdómen, y la cual, por medio de estos reactivos, puede ser reconocida fácilmente; y además, que por medio del microscopio, auxiliado por aque-

[1] Ed. Med. and Surg. Journ., t. lxv, p. 280, 1846.

[2] "The Microscope and its Application to Practical Medicine." By Lionel S. Beale, M. B., F. R. S., etc. 3ª edicion, p. 179.

los reactivos, puede distinguirse el flúido estraido de los quistes ováricos del de todas las demas hidropesías abdominales." [1]

Causas.—Muy poco se sabe de positivo acerca de este punto. Las causas predisponentes, que generalmente se admiten son las siguientes:

Edad;
Embarazo;
Clorosis;
Diátesis escrofulosa;
Perturbaciones menstruales.

Debe tenerse presente, que aun algunas de estas dejan lugar á dudas y divergencia de opiniones entre los ginecólogos.

La edad es la gran causa predisponente, manifestándose la enfermedad, por lo comun, durante el período de actividad ovárica y muy generalmente cuando esta se halla en todo su vigor. La afeccion es rara ántes de los 20 ó despues de los 50 años, presentándose con mayor frecuencia entre los 20 y los 40; puede, sin embargo, sobrevenir á los 13 ó 14 años, y por el otro estremo á los 60, habiéndose observado cierto grado de degeneracion quística durante la infancia. Se ha referido recientemente un caso en que se practicó con buen éxito la ovariotomía en una niña de 6 años.[2]

En 97	casos de	Scanzoni	70	se presentaron entre los	18 y los 40 años.
En 230	"	Chéreau	133	" "	17 y los 37 "
En 135	"	Lee	82	" "	20 y los 40 "

De los casos de Scanzoni 5 se manifestaron entre los 55 y 60 años; y de los 135 casos de Lee, 88 eran mujeres casadas, 37 solteras, y 11 viudas. La conveniencia de admitir las otras causas enumeradas es muy dudosa.

La incertidumbre que existe respecto de las causas determinantes es todavía mayor, y si bien algunos autores han presentado como verdades científicas todas aquellas influencias que teóricamente podrían determinar el desarrollo quístico, como la ovaritis, los golpes, la supresion de las reglas, los escesos en el cóito, los deseos libidinosos no satisfechos, etc., en el estado actual de la ciencia no pueden admitirse, pues por especioso que parezca el razonamiento teórico, todavía quedan por demostrar. Estos tumores se desarrollan, en casi todos los casos, en mujeres que han llevado una vida tranquila y arreglada, en quienes no se puede descubrir la existencia anteriormente de influencia alguna perjudicial, y que notaron por primera vez el tumor cuando se creían en buena salud.

[1] Las opiniones del Dr. Drysdale aun quedan por corroborar, encontrándose la materia en la actualidad *sub judice.*

[2] Med. Press and Circular, Marzo 26, 1873.

Es inconcuso que nada puede aceptarse con certeza, sino la probabilidad de que aquellas influencias que mantienen y aumentan la congestion ovárica, y se oponen á la rotura de los folículos de De Graaf, tiendan á producir la degeneracion quística y foliculosa. Kiwisch, Rokitansky, y Rindfleisch, convienen todos en creer probable que la inflamacion de la túnica de la vesícula ejerza cierta influencia en la produccion de la enfermedad.

Historia natural de los quistes ováricos.—Los quistes del ovario pueden ser uniloculares ó multiloculares. Cuando el quiste es unilocular puede dilatarse ampliamente por el flúido que contiene hasta llegar á un punto en que cesa de crecer y queda estacionario, molestando á la enferma sólo por los resultados mecánicos de su presencia y el temor de que aumente de volúmen y produzca mas graves incomodidades. No cabe duda de que semejantes tumores pueden permanecer estacionarios aun por espacio de 40 ó 50 años; pero tales casos son raras escepciones de una regla general. "Mucho perjuicio ha resultado, sin embargo, dice Hewitt, de considerar estos como casos tipos, miéntras que se han mirado como escepcionales la gran mayoría de los casos que terminan naturalmente por la muerte en mucho ménos tiempo."

De vez en cuando se observan casos de tuberculosis pulmonar, en los que se forma una cavidad grande ; y luego, sin poder dar una razon satisfactoria del fenómeno, cesa de progresar. La cavidad, cuya existencia es claramente perceptible, permanece estacionaria; y el enfermo puede continuar viviendo algunos años. Esto es escepcion de la regla en la historia natural de la tisis, lo mismo que la marcha lenta de la hidropesía ovárica á que acabamos de aludir constituye una escepcion del progreso ordinario en dicha enfermedad. El tumor oligoquístico crece con mucha mas lentitud que el poliquístico, siendo esto mas notable á medida que se acerca al tipo monoquístico. Yo he estirpado uno que había estado curando durante nueve años, y solamente á lo último empezó á afectar la constitucion de la enferma.

Cuando el quiste es multilocular, crece con mas rapidez y seguridad que en el caso anterior, sin que nada pueda contener su desarrollo. El pronóstico de la hidropesía ovárica es siempre funesto, sin la intervencion de medios quirúrgicos, pues la medicina es impotente para detener ó curar el mal. Los autores modernos mas competentes estiman que la duracion media de la vida en los casos de ámbos tipos, viene á ser de tres años á contar del principio de la enfermedad.

El cuadro siguiente indica la duracion del mal en 123 casos reunidos por Mr. Safford Lee, en que no se recurrió á ningun tratamiento quirúrgico curativo.

En	38	la duracion	fué de	1 año.
"	25	"	"	2 años.
"	17	"	"	3 "
"	10	"	"	4 "
"	4	"	"	5 "

En 5	la duracion fué	de	6 años.
" 4	"	"	7 "
" 3	"	"	8 "
" 17	"	"	9 á 50 años.

Por este cuadro se verá que de los 123 casos, 80 terminaron á los tres años, y 94 á los cinco; y si bien no debe olvidarse el hecho de que 17 casos duraron mas de nueve años, y de que algunos, cuyo número no se da á conocer, terminaron al cabo de cincuenta, no debe aceptarse como seguro que estos fueran casos de verdaderos cistomas ováricos. La esperiencia en esta enfermedad induce á sospechar que los últimos fueron ejemplos de quistes dermoídeos, ó de alguna variedad de tumor abdominal, que, aunque muy parecido al cistoma ovárico, tiene una marcha mucho más benigna.

Curacion espontánea de quistes del ovario.—La naturaleza efectúa algunas veces la curacion de una de las maneras siguientes, á saber: puede evacuarse el quiste en el peritoneo, y verificarse la absorcion. De este accidente el Dr. Tilt ha recogido 71 casos, en 30 de los cuales se logró la curacion, en 19 hubo mejoría, y los 21 restantes tuvieron un desenlace funesto. Yo he encontrado dos casos de dicha rotura, muriendo ámbas enfermas de peritonitis. Las paredes del quiste pueden esperimentar una degeneracion calcárea, que detiene su progreso; ó puede el quiste evacuarse al esterior, por las superficies abdominal ó dorsal, ó en el recto, la vejiga, la vagina ó el útero, por medio de las trompas de Falopio. Morgagni, Frank, Follin, y Boivin citan ejemplos de este último fenómeno, y Richard refiere 5 casos.

Kiwisch, refiriéndose á los esfuerzos de la naturaleza para vaciar el líquido acumulado, ya obre sola, ya auxiliada por los medicamentos absorbentes, dice: "No estamos de acuerdo con aquellos prácticos que opinan que un quiste ovárico puede desaparecer completamente por la simple absorcion, y no sabemos de un solo caso en que semejante proceso haya sido satisfactoriamente demostrado." Muchos creen que se verifica en efecto la absorcion del contenido de dichos quistes, y como prueba de ello citan numerosos casos; pero en estos se presenta la duda de si existía un verdadero cistoma ovárico, ó uno de esos quistes periuterinos que tanto se les asemejan.

Estados morbosos que afectan los quistes ováricos.—Ya he aludido á la inflamacion supuratoria de las paredes quísticas que puede presentarse á consecuencia de la paracentésis, ó sin que haya habido ningun procedimiento quirúrgico. El pulso y la temperatura se elevan, la enferma manifiesta desasosiego y tristeza, sobrevienen sudores copiosos, y diarrea, y si no se procura alivio, sucumbe la enferma con síntomas hécticos. Algunas veces se ha practicado la ovariotomía con buen éxito en estas circunstancias. Keith refiere un caso semejante en que el trabajo supuratorio se manifestó siete dias despues de la puncion;

Wells cita tres; Peaslee, uno; y Teale,[1] uno. En un caso en que yo operé, se practicó la ovariotomía como último recurso. El contenido del quiste era escesivamente fétido, y el estado de la enferma muy grave al tiempo de la operacion; pero el caso, sin embargo, terminó felizmente. En otro, en que establecí el drenaje por la vagina, sobrevino una inflamacion supuratoria que determinó la gangrena de la pared quística, y la muerte de la enferma.

Otro accidente que ocurre algunas veces es la torcedura del pedículo; sobre la cual Gallez[2] se espresa como sigue: "Esta terminacion estraordinaria y feliz de los quistes ováricos, cuyo resultado es la estrangulacion del tumor, es por desgracia muy rara, y muy difícil de ejecutar artificialmente." Cuando el obstáculo que así se presenta á la circulacion en el tumor, es sólo suficiente para producir una atrofia gradual, puede verificarse la curacion espontánea, de lo cual existen de vez en cuando pruebas necroscópicas; pero ordinariamente se siguen la estrangulacion y la muerte del tumor, á las que sucumbe la enferma si no interviene la ovariotomía. Este accidente ha llamado fuertemente la atencion desde 1865, en cuyo año Rokitansky publicó una memoria, en la cual citaba los detalles de 13 casos. Spencer Wells menciona dos muertes que ocurrieron de este modo ántes de la operacion, y 12 casos en que el accidente se descubrió al practicar él la ovariotomía; Klob refiere un caso en que el tumor había dado cinco vueltas sobre su pedículo; Patruban, otro de hemorragia mortal en el quiste, en el que descubrió en la autopsia una torcedura del pedículo, que causó la estenosis y rotura de las venas;[3] Crane,[4] y Tait[5] refieren casos de pequeños quistes, que se necrosaron por esta causa, pereciendo las enfermas por la septicemia.

Algunas veces el volúmen de un quiste ovárico aumenta repentinamente, sobreviniendo un dolor vivo causado por la distension, y síntomas de pérdida de sangre; fenómenos todos debidos á una hemorragia de la pared quística. Este accidente ha ocurrido dos veces en mi práctica, demostrándose el orígen del mal por la ovariotomía en uno de los casos, y en el otro por la aspiracion del líquido que se practicó con motivo del padecimiento causado por la distension. Parry[6] refiere un caso en que dicho accidente por poco mata á la enferma, y Patruban[7] otro que terminó en la muerte, y en el cual la rotura de los vasos fué, al parecer, causada por la torsion espontánea del pedículo. Semejante hemorragia dejará de asombrarnos, si tenemos presente que entre la túnica media y la esterna de estos quistes se han encontrado venas del calibre del dedo meñique.[8]

[1] London Lancet, Am. reprint, Setiembre, 1873.

[2] L. Gallez, "Histoire des Kystes de l'Ovaire," p. 150. Bruxelles, 1873.

[3] London Lancet, Am. reprint, Setiembre, 1873.

[4] Amer. Med. Monthly, Abril, 1861. [5] Edin. Med. Journ., 1861.

[6] Amer. Journ. Obstet., Noviembre, 1871. [7] Gallez, ob. cit., p. 150. [8] T. S. Lee.

Estados que pueden complicar los quistes del ovario.—Preñez; ascitis; acumulacion de materias fecales; mal de Bright; derrame en la pleura; peritonitis con adherencias; gastritis de tipo leve caracterizada por sensibilidad del estómago, vómitos constantes y la lengua vivamente encendida; septicemia de grado leve; diarrea; hernias inguinales, umbilicales y crurales, etc.

Modos de producir la muerte.—La hidropesía ovárica, cuando no interviene en su auxilio la cirujía, produce sus resultados mortales acostumbrados, de las diversas maneras que pasamos á enumerar.

1ª. El quiste puede romperse, produciendo la peritonitis, ántes ó despues de la inflamacion supuratoria de sus paredes.

2ª. La inflamacion de la pared del quiste puede dar lugar á que este se llene de pus, ocurriendo como consecuencia un estado héctico, y con el tiempo el agotamiento de las fuerzas y la muerte.

3ª. Puede verificarse dentro del quiste una hemorragia mortal.

4ª. El estorbo prolongado de las funciones de la nutricion y de la respiracion puede minar la potencia vital.

5ª. La muerte del quiste por la torsion ó rotura del pedículo puede determinar la septicemia.

6ª. Una pleuresía,[1] gastritis, ó enteritis de grado leve pueden determinar el agotamiento de las fuerzas.

7ª. Por último, puede sobrevenir la muerte á consecuencia del agotamiento súbito ó gradual de las fuerzas, efecto de la combinacion de las influencias debilitadoras de este estado morboso.

Nos acercamos ahora al punto importante de la sintomatología de los quistes del ovario, y de su distincion de otros estados morbosos que se observan en el abdómen; pero como en su estudio habrá que aludir frecuentemente á los quistes pelvianos, que se asemejan mucho á los del ovario, aunque son enteramente distintos de estos órganos, me ha parecido mas oportuno describir rápidamente dichos quistes en este lugar.

Quistes de los ligamentos anchos.—Entre los repliegues peritoneales que forman la cubierta de los ligamentos anchos, suelen desarrollarse quistes de volúmen considerable. Se supone que se producen de una coleccion de flúido en las mallas del tejido areolar de los ligamentos, ó de los cuerpos de Rosenmüller. El cuerpo de Rosenmüller, cuerpo de Wolff, ó *par-ovarium*, á que ya hemos aludido como compuesto de cordoncitos capilares tortuosos, algunos de los cuales son huecos, se encuentra encerrado en el borde esterno del ligamento ancho, donde las dos hojas del peritoneo pasan del pabellon de la trompa al ovario. La pequeña cantidad de líquido segregada por las paredes de dichos conductitos, se aumenta considerablemente algunas veces, y estos, dilatán-

[1] Yo he observado dos casos en que el hidrótorax vino á ser causa potente de debilidad.

dose de un modo escesivo, llegan á formar un quiste, que puede adquirir grandes proporciones, aunque no sucede esto último generalmente.

Uno de los casos mas interesantes que he visto de quistes de los ligamentos anchos, fué el de una señora de Mobila, en quien el difunto Dr. Nott, de Nueva York, practicó con buen éxito la ovariotomía. Cuatro años ántes de la operacion, había practicado la paracentésis, evacuando una gran cantidad de un líquido claro, y el quiste durante tres años parecía haberse obliterado. Al cabo de este tiempo, sin embargo, volvió á llenarse, y cuando ví por primera vez á la enferma, en consulta con el Dr. Nott, presentaba una tension considerable, y el abdómen había alcanzado el tamaño del de una mujer en el sétimo mes del embarazo. Se decidió recurrir á la ovariotomía; pero, con motivo del calor de la estacion, se difirió el procedimiento por tres meses, y cuando se practicó se encontraron ámbos ovarios perfectos en cuanto á volúmen y configuracion, descubriéndose que el quiste[1] ocupaba el ligamento ancho izquierdo, cuyas cubiertas peritoneales estaban escesivamente distendidas sobre su superficie.

Los siguientes rasgos especiales caracterizan los quistes de los ligamentos anchos. Contienen un líquido claro, diáfano y muy ligeramente albuminoso, que espuesto á los rayos del sol toma una coloracion violácea. La puncion es por lo general, aunque no siempre, curativa; no puede encontrarse quiste despues de la puncion; son siempre uniloculares; y sus paredes contienen fibras musculares lisas, lo que nunca se observa en las de los quistes ováricos.

Quistes parásitos ó hidáticos.—Se ha dicho que quistes de esta naturaleza, debidos á la presencia del *echinococcus hominis*, y *cysticercus cellulosæ*, se han desarrollado en los ovarios; pero la autenticidad de semejantes casos es dudosa. Estos parásitos pueden desarrollarse, sin embargo, en el mesenterio, en el epiploon mayor y aun en el tejido celular; rodeándose la vesícula parásita de un saco neoplástico. Billroth dice haber visto "vesículas cisticércicas estraidas de la lengua y de la nariz, y equinococos sacados del muslo y de la espalda." Spiegelberg refiere un caso de quiste parásito retro-uterino del lado izquierdo, que parecía un quiste del ovario, y del cual estrajo parte de su contenido característico. Este procedimiento y la puncion ó la aspiracion constituyen los únicos medios seguros que poseemos para el diagnóstico.

Hidropesía de las trompas.—Esta enfermedad, descrita con los nombres de *hydrops tubæ*, *hidropesía salpingiana*, é *hydrosalpinx*, consiste en la dilatacion de los oviductos por un flúido muco-seroso, y se produce de la manera siguiente. Ciertos males, como por ejemplo, la celulitis, la pelvi-peritonitis, ó la inflamacion aguda ó crónica de la trompa, dan lugar á la oclusion de ámbas estremidades de esta; la flegmasía de la

[1] El quiste, preparado, y relleno de algodon, se encuentra en mi poder y tiene 26 pulgadas de circunferencia.

mucosa del tubo determina una secrecion de un flúido muco-seroso que dilata el oviducto, irregularmente por lo general, hasta que adquiere el calibre de un dedo, ó del intestino delgado. Hasta aquí no se relaciona la enfermedad con nuestra actual investigacion, pues no es probable que semejante grado de distension llegue á parecerse tanto á un quiste ovárico, que induzca á un error en el diagnóstico; pero á medida que la distension continúa, la túnica mucosa de la trompa reviste los caractéres anatómicos y fisiológicos de una membrana serosa, y secreta con abundancia un flúido seroso, ambarino, en que flotan algunas partículas; siendo á veces tan escesiva la distension de las paredes de la trompa, que el tumor fluctuante que resulta, presenta todos los signos físicos de la hidropesía ovárica.

La opinion de los autores es casi unánime en que este estado morboso no se puede diferenciar de la hidropesía ovárica sin evacuar parte del flúido. M. Aran, y es en este punto de la opinion general, dice que está perfectamente seguro de "que la trompa dilatada por el líquido no presenta una sensacion bastante clara para permitir que se diagnostique su existencia."[1] El Profesor Simpson,[2] sin embargo, opina de otra manera, y dice que "aunque esta forma de tumor pasa, por lo general, completamente desapercibida en la práctica, ó se confunde con alguna otra clase, puede realmente diagnosticarse, 1°, por su movilidad libre é independiente; 2°, por su forma prolongada; y 3°, por sus contornos ondeados." El que examine la configuracion de una hidropesía estensa de la trompa, como, por ejemplo, la que representa la Fig. 176, obser-

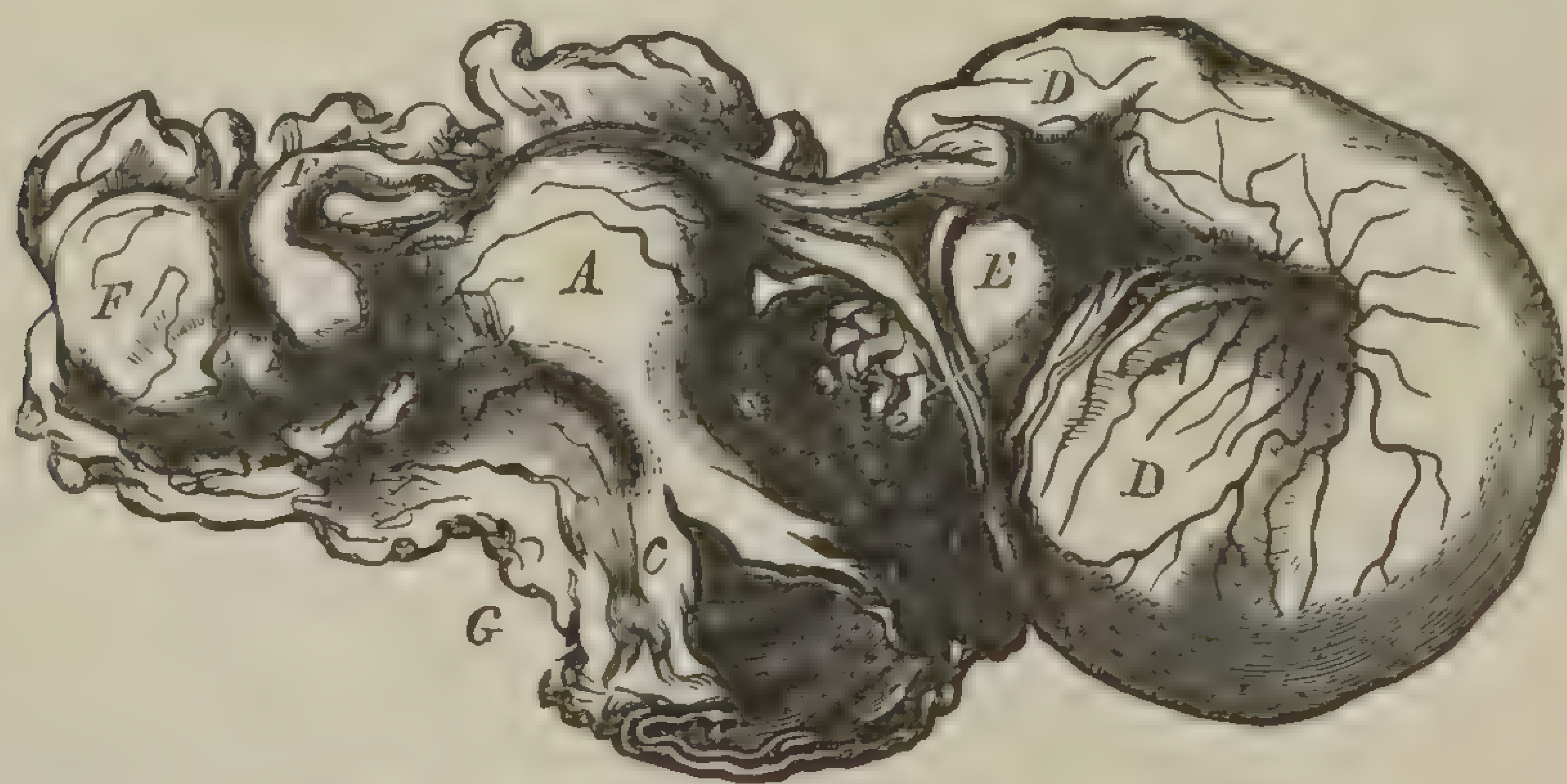


Fig. 176.—Hidropesía del oviducto. (Hooper.)

vará que no debe confiarse ni en la forma, ni en el contorno ondeado; y si se tiene presente que la afeccion es muchas veces resultado de la pelvi-peritonitis, se comprenderá cuán á menudo ha de ser ilusoria la libre movilidad del tumor. Courty[3] observa que "la periferia del oviducto enfermo rara vez se encuentra libre y sin alteracion; manifiestando generalmente señales de una antigua inflamacion adhesiva que lo

[1] Ob. cit., p. 633. [2] Ob. cit., p. 432. [3] Ob. cit., p. 987.

fija á las partes vecinas," aserto que yo he podido verificar siempre, en cuatro ó cinco autopsias en que he observado esta enfermedad.

Los medios diagnósticos que acaban de ser mencionados serían aplicables á la dilatacion ligera de la trompa ; pero rara vez produce esta síntomas que requieran el exámen. Los casos en que se ha establecido el diagnóstico son pocos, y aun en aquellos en que se ha supuesto haberlo corroborado la puncion, la existencia de la enfermedad nada tiene de seguro. El Profesor Simpson, en su dilatada esperiencia, sólo refiere un caso en que pudiese formar una conclusion, y niega la posibilidad de que dichos tumores adquieran gran volúmen, declarando que rara vez pasan del de la cabeza de un feto, y que es lícito poner en duda los casos que se han referido de tumores de mayor tamaño. El Dr. Arthur Farre[1] acepta, sin embargo, de buen grado los casos bien conocidos de Bonnet y De Haen, en el primero de los cuales el tumor contenía 13 libras de líquido, y en el segundo 32. Scanzoni refiere detalladamente un caso en que el saco llegó á tener el volúmen de la cabeza de un niño de diez años.

Quistes sub-peritoneales.—La degeneracion quística sobreviene con mucha mas probabilidad en los órganos que tienen pequeñas cavidades tapizadas de epitelio, como partes componentes de su estructura. Los riñones y los ovarios, por ejemplo, son particularmente propensos á sufrir semejante afeccion ; y Virchow ha llamado quistes por retencion, á los que se forman de esta manera. Pero la degeneracion quística no se limita de ningun modo á dichas estructuras, y puede verificarse donde quiera que haya tejido areolar; estando particularmente predispuestos á ella los órganos que, como las mamas y el cuerpo tiróides, manifiestan tendencias al desarrollo de nuevas formaciones cuya base es el tejido areolar.

Creen los patólogos que el quiste, en estas circunstancias, es una simple distension de las aréolas del tejido areolar. Estos quistes, que se encuentran en varias partes de la cavidad del abdómen, debajo del peritoneo, han sido clasificados con el nombre de *quistes sub-peritoneales.* Mr. Safford Lee refiere un caso de un tumor que ocupaba el abdómen y causó la muerte al cabo de 25 años, revelando la autopsia la existencia de un quiste grande detras del peritoneo, que se había formado debajo del páncreas. Este autor da cuenta de otro caso en que el tumor principió en el lado derecho del abdómen: se puncionó cuarenta y ocho veces, descubriéndose por el exámen cadavérico que provenía del epiploon.

Quistes que comunican con la médula espinal.—En Noviembre de 1870, una mujer de 36 años fué admitida en el *Woman's Hospital* de esta ciudad. El Dr. Emmet,[2] que se hizo cargo de la enferma, descu-

[1] Supplement Cyc. Anat. and Phys., p. 619.

[2] Hállase descrito este caso en el número del Amer. Journ. of Obstetrics, que corresponde al mes de febrero, de 1871.

brió un quiste grande que llenaba la concavidad del sacro y estaba firmemente fijo en dicho punto. Con objeto de aclarar el diagnóstico, se estrajeron á beneficio del aspirador 30 gramos de un líquido claro y diáfano, desprovisto de albúmina, y que examinado con el microscopio, sólo presentaba unos pocos glóbulos grasosos. La enferma murió, y el Dr. F. Delafield descubrió en la autopsia un quiste que contenía unos 3 litros de flúido, que llenaba completamente la cavidad pelviana, y se elevaba hasta la segunda vértebra lumbar, comunicándose con la médula espinal por medio de un trayecto en figura de embudo, cuya abertura inferior, de forma ovoídea, se estendía desde el borde superior del segundo agujero sacro derecho, hasta el punto donde debiera encontrarse el cóccix, que faltaba. Una red de tejido nervioso cubría la superficie del saco, estendiéndose posteriormente y hácia el lado derecho. El saco se supuso ser de hidrorráquis ó espina bífida.

Síntomas.—Muy pocos síntomas se manifiestan generalmente durante los primeros períodos de desarrollo del quiste ovárico; pero á medida que este crece, la enferma se sorprende de que su abdómen aumente de volúmen, y si ámbos ovarios están interesados, se suspenden á veces las reglas, y puede suponer que se ha hecho embarazada. La presion del tumor, pequeño, pero que aumenta progresivamente, suele producir una sensacion de pesadez en la region pelviana, irritabilidad de la vejiga, y dolor en la espalda, si la escrecencia ocupa el espacio retro-uterino, como muchas veces sucede. Estos, sin embargo, distan mucho de ser los únicos inconvenientes que se esperimentan; pues un quiste pequeño y movible, que se puede empujar de un lado á otro del abdómen, ocasiona á veces un dolor vivo. En un caso de esta naturaleza que ví en union del Dr. Noeggerath y cuya historia se encuentra en la obra del Dr. Atlee sobre los Ovarios, el dolor escesivo hizo imperioso practicar la ovariotomía, cuando el volúmen del quiste no era mayor que el de un coco.

A medida que el tumor crece y ocupa el abdómen, elevándose mas arriba del ombligo, se esperimenta una sensacion de distension, empieza á manifestarse la disnea al hacer el menor esfuerzo la enferma, y esta se siente mas débil de lo natural, y se nota un ligero enflaquecimiento. Estos síntomas van siendo mas intensos á medida que aumenta de volúmen el tumor, el cual empieza entónces á comprimir las vísceras que están debajo del diafragma, presentando la fisonomía de la enferma una espresion particular, llamada por Mr. Wells "*facies ovarica*," y que es resultado de la absorcion del tejido adiposo, la exageracion de los surcos naturales de la cara, y una espresion de temor y ansiedad. No hay descripcion tan imperfecta que no baste para recordar dicha fisonomía al que la haya contemplado; ni es posible describirla con bastante claridad para dar de ella cabal idea al que no la haya estudiado clínicamente. A los síntomas que van mencionados se agregan algunas veces, aunque raras, los fenómenos mamarios y gástricos de la preñez.

La presion esperimentada por los riñones determina una hiperemia de estos órganos, cuyo resultado suele ser una secrecion escasa de orina. Los ataques de vez en cuando de peritonitis circunscrita no son nada raros, y por consiguiente la ascitis es muchas veces complicacion de la enfermedad.

A medida que aumentan con el tiempo la decadencia de las fuerzas, el enflaquecimiento, y el empobrecimiento de la sangre, secuelas de esta grave enfermedad, sobrevienen trastornos digestivos é intestinales, se hinchan los piés y las piernas, y ocurre una debilidad estrema y progresiva, á la que por fin sucumbe la enferma.

Puede hacerse el siguiente resúmen de los signos racionales que se manifiestan en los casos de quistes ováricos, desde que principian hasta su pleno desarrollo: irritabilidad de la vejiga, dismenorrea, estreñimiento, hemorroides, dolores neurálgicos en la pélvis, síntomas de embarazo, secrecion escasa de orina, perturbaciones intestinales, digestivas, y de las funciones respiratorias, fisonomía especial, enflaquecimiento, edema, dilatacion de las venas superficiales, ascitis, vómitos, diarrea, irregularidad cardíaca, estomatitis aftosa, y estado héctico. Todos los síntomas últimamente mencionados pueden manifestarse en los últimos períodos del mal, notándose al principio de la enfermedad los que se enumeraron primero. En muchos casos, sin embargo, faltan por completo algunos de los signos mas culminantes de esta enumeracion.

Signos físicos.—Los síntomas hasta ahora mencionados nunca bastan para el diagnóstico, sirviendo por lo comun sólo para indicar la necesidad del exámen físico, mediante el cual probablemente se obtendrán signos seguros que completen el diagnóstico.

Los signos físicos de los quistes ováricos son, pues, importantísimos, y en todo caso la esploracion física debe practicarse de la manera mas completa, pues por su medio tenemos que resolver estas dos cuestiones:

1ª. ¿Hay tumor?
2ª. ¿Es ovárico?

¿Hay tumor?—Para decidir esta cuestion, se coloca á la enferma de espaldas sobre una superficie plana y resistente, con el abdómen descubierto, la cintura libre de toda constriccion, y las rodillas elevadas de manera que queden laxos los músculos abdominales; siendo importantísimo que se mantenga tranquila, y se someta al exámen con el deseo profundo de auxiliar al médico en establecer el diagnóstico. Algunas veces, á consecuencia ya de la escitacion nerviosa, ya del dolor causado por la presion, ó ya del deseo de engañar y desorientar al facultativo, la enferma no puede ó no quiere conducirse cual corresponde, y contrayendo súbitamente las paredes abdominales, opone un obstáculo grave y tal vez insuperable al exámen. En tales circunstancias se debe emplear el éter como anestésico, y practicar la investigacion cumplidamente. Una vez bien relajados los músculos abdominales, se colocan

ámbas manos sobre el vientre y se practica una palpacion escrupulosa, ejerciendo una presion profunda, firme y prolongada, hácia abajo en direccion de la columna vertebral, y particularmente sobre la region pelviana; pudiendo descubrirse por este medio una masa mas ó ménos resistente, que produzca un abultamiento abdominal, perceptible á la inspeccion.

Hasta aquí el exámen sólo ha revelado la existencia en el abdómen de un aumento anormal de volúmen, que quizás no merezca el nombre significativo de tumor, y sea debido á una de estas condiciones:

1ª. Espesor anormal de las paredes abdominales;
2ª. Espasmo tónico de los músculos abdominales;
3ª. Distension de los intestinos;
4ª. Distension de la vejiga urinaria;
5ª. Preñez.

Con atencion y cuidado cada uno de estos estados puede irse generalmente escluyendo por los medios que pronto estudiaremos. El descuido de estos medios ha infundido muchas veces en el ánimo de las enfermas un temor tan grande como innecesario, poniendo al médico en una posicion dolorosamente humillante, y las mas veces ridícula.

Sentado ya que existe un tumor abdominal, ó en otras palabras, una hinchazon abdominal producida por alguna causa morbífica de carácter grave, es de gran importancia decidir en seguida si proviene ó no del ovario.

¿Es ovárico el tumor?—Ya se ha dicho que cualquier tumor abdominal puede confundirse con las escrecencias ováricas, si no se adoptan medios eficaces de distincion; aserto cuya exactitud podrá apreciarse si se examinan los preciosos datos estadísticos del Dr. John Clay, traductor de la obra de Kiwisch sobre los Ovarios. El Dr. Clay ha reunido 23 casos en que se intentó la ovariotomía y tuvo que abandonarse la operacion porque los tumores no eran ováricos, sino que tenían el carácter siguiente:

12 eran uterinos;
2 " omentales;
2 " resultado de peritonitis crónica;
2 " indescubribles;
1 era una gestacion tubaria;
1 " obesidad;
1 " mesentérico;
1 " esplénico;
1 " de orígen no especificado.

Las dificultades que ofrece el diagnóstico han sido tan grandes hasta ahora, que los contrarios de la ovariotomía las presentan como válida objecion á este procedimiento quirúrgico; pero, si bien es verdad que dichas dificultades existen, y admitimos que puedan burlar al diagnos-

ticador mas hábil y prudente, puede darse por enteramente cierto que, merced á la esperiencia que se adquiere año tras año, y los medios perfeccionados que en el dia poseemos, aquellas van siendo cada vez ménos numerosas, y raramente desorientan al examinador esperimentado. Permítaseme, sin embargo, reiterar, que no basta tener esperiencia para evitar la repeticion frecuente de errores, lo cual sólo se consigue á favor de un exámen concienzudo de cada caso, exámen en que se apuren todos los medios de que disponemos, escluyendo metódicamente cuantos estados pudieran apartarnos del acierto.

Un hecho que veo reproducirse diariamente, es que el diagnosticador inesperto emplea, para formar su conclusion, muchos ménos medios diagnósticos que los que tiene por indispensables el examinador acostumbrado. Esto se esplica por que el último se ha engañado tantas veces que ya sabe su debilidad ; al paso que el primero no conoce todavía la suya.

Hé aquí los medios de esploracion física que se hallan á nuestra disposicion :

Inspeccion y manipulacion;
Mensuracion;
Palpacion;
Percusion;
Auscultacion;
Tacto vaginal;
Tacto rectal;
Sonda uterina;
Aspiracion ó paracentésis;
Exámen químico y microscópico del flúido del tumor;
Incision esploradora.

Los tumores duros del ovario son raros y muy pocas veces adquieren gran volúmen ; y aunque suele ser necesario estirparlos por la ovariotomía, esta operacion es propia mas bien para los tumores quísticos. Pasaremos, pues, á estudiar con mas detenimiento el diagnóstico de estos últimos, y su distincion de otros abultamientos abdominales.

El quiste del ovario suele desarrollarse señaladamente en un lado del abdómen ; y si es unilocular, la distension abdominal no es simétrica, ni aun en los períodos mas avanzados. El quiste, á medida que aumenta de volúmen, empuja los intestinos hácia las regiones hipocondríacas. Sólo el cólon ascendente y el trasverso conservan su posicion normal ; y el epiploon mayor cubre, por lo general, la parte anterior del tumor. Miéntras el quiste permanece en la pélvis, queda las mas veces detras de la matriz; y va trasladándose delante de esta á medida que adquiere mayor volúmen. Pero no siempre se verifican estos cambios, y en ciertos casos, que, afortunadamente para el ovariotomista, son raros, una porcion del intestino cruza la superficie anterior del

quiste, á la que se encuentra adherida, miéntras que el útero, aun en los últimos períodos del desarrollo de un quiste voluminoso, puede encontrarse antepuesto á este, y en estado de látero-flexion ó látero-version, ó aun arrastrado completamente encima del borde de la pélvis. Por estraño que esto parezca, existe gran divergencia de opiniones entre los escritores sobre este punto, acerca de las relaciones respectivas del útero y el quiste. "El aserto de Simpson, observa Peaslee,[1] de no ser ovárico el tumor si la sonda lo encuentra delante del útero, no es exacto, pues la matriz se encuentra delante de un tumor ovárico solamente en casos escepcionales, aunque suele ser tal su posicion en casos de fibroma y fibro-quistes uterinos. Boinet menciona, como hecho notable, el haber encontrado Cruveilhier tres veces el útero detras de un quiste ovárico." Mi propia esperiencia está completamente de acuerdo con la del Dr. Atlee,[2] quien ha dicho que "el útero puede ser arrastrado hácia arriba ó elevado fuera de la cavidad pelviana por el tumor ; ó podrá encontrarse por igual causa ya desviado lateral, anterior ó posteriormente en la pélvis, ya deprimido contra el perineo, ó completamente fuera del orificio vulvar. La posicion de la matriz, en casos de tumores ováricos, no se halla, pues, sujeta á ninguna regla fija."

Cuando el tumor se eleva por encima del ombligo, estando la enferma acostada de espaldas, el vientre aparecerá redondo, existiendo una protuberancia acentuada, y muy poco aplanamiento por la gravitacion del flúido hácia los costados. Si se colocan ámbas manos sobre la superficie y se practica la palpacion, se descubrirá una masa firme y densa que presenta una fluctuacion generalmente de carácter ménos superficial y perceptible que la de la ascitis. La percusion produce un sonido sordo sobre toda la superficie del tumor y en uno de los costados, y por lo regular sonoro en el otro. El quiste ofrece las mas veces á la palpacion una superficie irregular y lobulada, y mas voluminosa en un lado que en el otro cuando aquel es multilocular ; y cuando se comprime el tumor, hallándose la enferma en el decúbito dorsal, no cede á la presion, sino que la resiste como un saco lleno, percibiéndose oscuramente al traves las pulsaciones de la aorta. Por el tacto vaginal y rectal puede percibirse la superficie inferior del tumor, y una fluctuacion oscura.

La mensuracion, practicada del ombligo al esternon, y de aquel á las espinas ilíacas ántero-superiores, manifiesta generalmente una diferencia notable entre ámbos lados en casos de tumores poliquísticos, y ménos marcada en los de escrecencias monoquísticas, presentándose los dos lados uniformes en la ascitis. La auscultacion sirve para escluir la preñez. La posicion y movilidad del útero se averiguan por el tacto vaginal ; y se puede determinar la solidez ó carácter quístico de un tumor, sea pequeño ó sea grande, si el exámen por la vagina se combina con la palpacion. Cuando el tumor se encuentra bajo en la pélvis, en

[1] Ob. cit., p. 115. [2] Ob. cit., p. 46.

los últimos períodos de su desarrollo, es probable que exista un pedículo pequeño, y quizás adherencias tambien; miéntras que si se ha elevado fuera de la cavidad pelviana, el pedículo es probablemente largo, aunque en esto no hay ninguna certeza.

La capacidad, movilidad y sensibilidad del útero, y hasta cierto punto sus relaciones con el tumor, se determinan con la sonda uterina.

Uno de los medios mas preciosos que poseemos para el diagnóstico y la distincion, es el método de esploracion rectal de Simon, que consiste en introducir en el intestino toda la mano, ó el antebrazo si se creyere conveniente. Por este método puede determinarse con mucha exactitud el punto de orígen del tumor y sus caractéres generales.

Otro método de gran utilidad para obtener conocimiento del caso, consiste en estraer el flúido que contienen los quistes del tumor por medio de la puncion ó la aspiracion; siendo importantísimo el exámen atento é inteligente del líquido evacuado.

Recientemente se ha propuesto determinar la naturaleza de semejante flúido por el descubrimiento en él de luteina, sustancia amarilla que se encuentra en la sangre, en el huevo y en los flúidos contenidos en el tumor ovárico. Esta prueba, sin embargo, no se ha investigado bastante todavía para que podamos decidir acerca de su importancia.

Por último, llegamos á la prueba solemne de la incision esploradora, cuyo valor no puede exagerarse, aunque el peligro que la acompaña es considerable.

Estos son los medios que sirven para descubrir los signos positivos del cistoma ovárico; pero ántes de establecer el diagnóstico por deducciones basadas en ellos, es indispensable que se consideren y escluyan escrupulosamente otros muchos estados morbosos que aumentan el volúmen del abdómen; lo cual, si es necesario al tratarse simplemente de establecer un diagnóstico exacto cuando no se va á operar, lo es mucho mas cuando se trata del grave procedimiento de la ovariotomía. Cualquiera de las condiciones siguientes puede desorientar al investigador, y si este desea cumplir el deber que tiene para con la enferma y consigo mismo, conviene que las considere sucesiva y cuidadosamente:

Espesor ó tension anormal de las paredes abdominales	Obesidad; Edema; Elefantiasis; Espasmo tónico.
Distension de las vísceras abdominales	Timpanitis; Tumor fecal; Dilatacion del estómago; Plenitud de la vejiga; Hematómetra; Fisómetra; Hidropesía de las trompas uterinas; Córion quístico.

Acumulacion de flúido en el peritoneo	Ascitis ;
	Hidropesía enquistada ;
	Hematocele ;
	Acumulacion coloídea.
Enfermedad quística de otras partes del abdómen	Quiste del ligamento ancho ;
	Quiste renal ;
	Quiste esplénico ;
	Quiste hepático ;
	Quiste parásito ;
	Quiste sub-peritoneal ;
	Quiste uterino ;
	Cisto-fibroma uterino.
Esceso de desarrollo ó dislocacion de otras vísceras abdominales	Fibroma uterino ;
	Hipertrofia del bazo ;
	Hipertrofia del hígado ;
	Tumor fibro-plástico del peritoneo;
	Sarcoma de las glándulas abdominales ;
	Enfermedad maligna ;
	Tumor epiplóico ;
	Dislocacion del riñon ;
	Dislocacion del hígado.
Gestacion	Normal ;
	Extra-uterina: Abdominal ; Tubaria ; Intersticial ;
	Con hidropesía del ámnios ;
	Con hidropesía ovárica ;
	Con criatura muerta.
Estados morbosos de las paredes y tejido areolar de la pélvis	Encondroma ;
	Encefaloide de los huesos ;
	Abceso de la pélvis.

Espesor ó tension anormal de las paredes abdominales.—La obesidad se reconocerá por una resonancia oscura al practicar la percusion sobre todo el abdómen ; por no presentar el supuesto tumor contornos determinados ó resistentes ; por la posibilidad de agarrar entre las dos manos las paredes grasosas, y elevarlas y moverlas sobre la capa muscular subyacente ; por la profunda depresion que puede ejecutarse cuando se halla la enferma bajo la influencia de un anestésico ; y, finalmente, por los repliegues que forma la pared del abdómen cuando se sienta la paciente. Sería inexcusable que un esperto equivocase este estado con un tumor ovárico ; pero no lo es, tratándose de un examinador inesperto : no se pasa un solo año en que yo no vea semejante error cometido por facultativos muy competentes.

El edema se reconocerá por el hundimiento consecutivo á la compresion ; por la existencia de igual estado en el tejido areolar de los piés ó de la cara ; y por la uremia, clorosis ó enfermedad cardíaca, con que generalmente coexiste.

La elefantiasis, de que el Dr. Atlee cita un caso notable, podría reconocerse por los cambios estraordinarios en la estructura de la piel que la caracterizan.

El espasmo tónico de los músculos abdominales ha sido causa mas de una vez, así como la obesidad, de que se abriera el abdómen creyendo que se iba á estirpar un tumor. Se presenta á menudo en mujeres muy histéricas, con el nombre de *tumor fantasma*, y no es raro como resultado reflejo de la cáries vertebral. Puede diagnosticarse por la resonancia á la percusion ; por la ausencia de fluctuacion y de todos los signos de tumor, cuando la enferma está bajo la influencia de un anestésico, al que siempre se recurrirá en caso de duda. La posicion normal de la matriz constituye otro signo importante, además de los que acaban de mencionarse.

Distension de las vísceras abdominales.—Algunas veces, aun sin el espasmo abdominal, se acumula una gran cantidad de aire en los intestinos, á consecuencia del histerismo, de trastornos digestivos, ó de alguna gran obstruccion en el canal. Esto puede conocerse por la resonancia á la percusion ; por la falta de fluctuacion, y de todo signo de tumor cuando se examina bajo la influencia de un anestésico ; y por la posicion normal del útero. La compresion firme y continuada, hecha hácia abajo, en direccion de la columna vertebral, aumentándola despues de cada acto espiratorio, vence la resistencia, y la esploracion profunda demuestra que no existe tumor alguno. Roederer ha sistematizado este método.

El tumor fecal se distingue por la ausencia de fluctuacion ; por una sensacion particular de blandura que presenta á la palpacion ; por el dolor á la presion ; por el estreñimiento ; por un cólico intenso ; y, lo que es mejor que todo, por el hundimiento ó depresion que queda cuando se comprime firmemente algun punto, miéntras la enferma se halla sometida al sueño anestésico. La accion de los purgantes y enemas, administrados con objeto de probar la existencia de un tumor fecal, suele ser completamente ilusoria.

El Dr. Atlee cita un caso de distension del estómago en un hombre, en el que dicho órgano ocupaba toda la cavidad del abdómen, cubriendo, á manera de delantal, las demas vísceras abdominales. "Si el caso hubiese ocurrido en una mujer, dice el Dr. Atlee, yo hubiera diagnosticado desde luego un quiste ovárico." Aquí la incision esploradora es lo único que hubiera podido establecer el diagnóstico. No parece probable que la distension de la vejiga pueda confundirse con un quiste del ovario ; pero muchas veces presenta el aspecto de este último, y en un caso en que hacía tres semanas existía dicha dificultad, encontré la

vejiga tan distendida que se elevaba por encima del ombligo, comprimido su cuello por el del útero retrovertido en estado de preñez. La dificultad para orinar, ocurriendo un escape continuo é involuntario de la orina, y segun mi esperiencia, la coincidencia frecuente de la retroversion del útero en estado de preñez hacen sospechar la naturaleza del tumor; y si se practica la aspiracion, los caractéres físicos y químicos de la orina sugerirán que se recurra al cateterismo de la vejiga, lo que decidirá la cuestion del diagnóstico.

En la distincion de la fisómetra, hematómetra, y degeneracion quística del córion, debe prestarse poca confianza á los signos racionales, comparados con los físicos. En la mayoría de los casos se observan la supresion de las reglas, y otros muchos de los signos de preñez; caracterizando generalmente á la fisómetra y degeneracion quística del córion, la espulsion de gases á la primera, y un flujo de serosidad sanguinolenta á la segunda. La palpacion y el tacto combinados, y el método de Simon, revelarán que el tumor de que se trata lo constituye el útero aumentado de volúmen; pero la prueba decisiva de estos estados consiste en pasar la sonda uterina, ó una algalia de plata, hasta el fondo, con objeto de evacuar el líquido aprisionado, que se recoge y somete á un exámen químico y microscópico.

La hidropesía del oviducto (*hydrosalpinx*) forma á veces un tumor voluminoso. Haen describe uno que pesaba 7 libras. Existen solamente dos medios por los cuales se puede distinguir con seguridad del tumor ovárico, á saber: la evacuacion del líquido y su exámen químico y microscópico; y la incision esploradora.

Acumulaciones de flúido en la cavidad peritoneal.—La distincion entre la ascitis y la hidropesía ovárica es, muchas veces, en estremo difícil; y al presentar los medios por que podemos generalmente establecerla, debo advertir al lector que existen casos en que aun los mas importantes pueden encontrarse traspuestos. El quiste ovárico, por ejemplo, comunica algunas veces con los intestinos, presentándose sonoro á la percusion; miéntras que en la ascitis, por otra parte, cuando el derrame es escesivo y el mesenterio corto, la percusion da sonidos sordos sobre la parte anterior del abdómen. La regla nos servirá de norma; pero no deben perderse de vista las escepciones.

En la Hidropesía Ovárica.	En la Ascitis.
1º. Suele presentarse al principio un tumor pequeño y redondo, en una de las fosas ilíacas;	1º. El aumento de volúmen no se habrá manifestado nunca como tumor pequeño;
2º. El abdómen presenta redondez cuando la enferma se halla acostada de espaldas;	2º. Cuando la enferma toma el decúbito dorsal, el abdómen aparece aplastado por la gravitacion natural del líquido á los flancos;
3º. La percusion practicada con la enferma de espaldas da un ruido sordo sobre la superficie abdominal;	3º. La percusion es sonora sobre la superficie abdominal, porque los intestinos flotan en el líquido;

En la Hidropesía Ovárica.	En la Ascitis.
4º. El cambio de posicion altera muy poco la zona del ruido sordo;	4º. El cambio de posicion altera notablemente la zona del ruido sordo;
5º. Por regla general, no existen pruebas de enfermedad cardíaca, renal ni hepática;	5º. Casi siempre existen señales de enfermedad cardíaca, renal ó hepática;
6º. La piel se presenta normal en cuanto á coloracion, humedad, etc.;	6º. La piel, en casi todos los casos, presenta pruebas de cirrosis en su tinte ictérico, y la sensacion como de pergamino que ofrece al tacto;
7º. El edema de los piés no sobreviene hasta un período avanzado, coincidiendo con el agotamiento de las fuerzas;	7º. El edema de los piés existe entre los primeros síntomas;
8º. La salud empeora lentamente;	8º. La salud empeora desde el principio y rápidamente.
9º. La forma del abdómen cambia muy poco cuando la enferma se sienta;	9º. Se observa una prominencia en la parte inferior del abdómen, y con frecuencia entre el recto y la vagina y en la region umbilical;
10º. La fluctuacion no es de ordinario tan superficial; el nivel del líquido fijo en gran modo, cesa donde principia la resonancia intestinal;	10º. La fluctuacion mas superficial; el nivel cambia con la posicion del cuerpo, y se percibe aun donde existe resonancia intestinal;
11º. Trasmision de las pulsaciones de la aorta;	11º. No existe semejante trasmision;
12º. El flúido generalmente de color ambarino y de carácter tenaz, muchas veces como jarabe, presenta tintes diversos en los poliquistes, no se coagula espontáneamente, y es siempre pegajoso cuando se frota entre los dedos. Contiene epitelio cilíndrico, materia y células granulosas, glóbulos de grasa, colesterina, paralbúmina y metalbúmina. La célula granulosa es característica, distinguiéndose de las otras en adquirir solamente diafanidad por el ácido acético, miéntras que las otras aumentan de volúmen;[1]	12º. El flúido es de un tinte pajizo claro; la fibrina que contiene hace que se coagule espontáneamente; por lo general no presenta sedimento; con el microscopio se descubren células epiteliales escamosas, glóbulos de grasa, células de pus, y cuerpos ameboídeos, (*amœboid*); no contiene paralbúmina, metalbúmina, ni colesterina;
Peso específico de 1,018 á 1,024.	Peso específico de 1,010 á 1,015.

Los derrames peritoneales se enquistan algunas veces por la linfa que los rodea en una parte del peritoneo entre los intestinos unidos entre sí por un exudado de linfa; ó, como sucedió en un caso citado por West, envueltos en el epiploon. "Entre los repliegues del peritoneo, dice este autor, se encontró una acumulacion de 4 á 5 litros de un flúido oscuro." La cantidad de líquido aprisionada de este modo suele ser muy grande, y de aquí las dificultades del diagnóstico que inducen á Mr. Wells[2] á decir: "No conozco medios para distinguir semejantes casos de la hidropesía de los ovarios." El mismo McDowell abrió una vez el abdómen, en un caso de esta naturaleza, creyendo que

[1] Drysdale.

[2] Dis. of Ovaries, p. 134.

existía un tumor ovárico. Los intestinos no se elevan sobre la superficie del líquido como en la ascitis ordinaria ; pero hay ménos redondez en la masa y ménos dificultad para respirar que en los casos de quistes ováricos. En estos casos difíciles el diagnóstico tiene que depender indispensablemente de los resultados de la aspiracion, del exámen del flúido, del método de Simon y de la incision esploradora.

La presentacion repentina del hematocele, los síntomas inmediatos y á menudo urgentes que este determina, y la estraccion de una pequeña cantidad de flúido por medio del aspirador, decidirán la cuestion del diagnóstico.

Algunas veces la enfermedad coloídea afecta toda la cavidad peritoneal, en la cual se origina en ciertos casos, proviniendo en otros, al parecer, de haberse derramado en ella un quiste ovárico. El único medio diagnóstico consiste en sacar por la puncion una pequeña cantidad del líquido característico.

Enfermedad quística de otras partes del abdómen.—Los quistes de los ligamentos anchos presentan una semejanza tan íntima con los quistes ováricos uniloculares, que es indispensable la incision esploradora ó la aspiracion para hacer el diagnóstico ; pues, aunque su fluctuacion superficial, lo poco que se interesa la salud general, la falta de demacracion, y la lentitud del desarrollo, podrían hacer sospechar la naturaleza del quiste de que se trata, esta queda determinada fuera de toda duda sólo por los caractéres químicos y microscópicos del líquido que contiene. El aspecto de este flúido es tan claro y puro como el del agua destilada, presentando, cuando se hierve con el ácido acético, sólo un vestigio de albúmina, á manera de albuminato, cargado de cloruro de sodio, y que no contiene mas que unos cuantos glóbulos de sangre y de grasa. Despues de evacuado el quiste no pueden percibirse sus paredes, y la puncion produce á menudo la curacion. Spiegelberg, en 1869, estirpó un quiste de esta naturaleza, cuyas paredes se distinguían de las de los quistes ováricos en las fibras musculares, y en que su flúido contenía albúmina.

Los quistes renales han engañado varias veces á los diagnosticadores mas hábiles. Hé aquí sus rasgos característicos : comunmente impelen los intestinos hácia adelante y no hácia atras ; la orina contiene casi siempre pus, sangre, y albúmina ; dichos tumores crecen de arriba abajo ; rara vez se presentan y su desarrollo es lento ; *pueden* empujarse hácia arriba de tal modo que produzcan resonancia entre el tumor y la pélvis ; el flúido que contienen no presenta ninguno de los caractéres microscópicos del quiste ovárico, y sí los elementos químicos y microscópicos de la orina. Los equinococos, que son frecuentes en los quistes renales y desconocidos en los del ovario, se encuentran algunas veces. El cólon descendente puede cruzar el quiste, ó descansar este por la parte de fuera del cólon ascendente ; el tumor, las mas veces, es unilateral, y lo caracterizan perturbaciones renales, y no menstruales.

Suele suceder, sin embargo, que el quiste renal ocupe una posicion intermedia; se estienda en la pélvis á manera de tumor ovárico; se adhiera á los órganos pelvianos; empuje lateralmente los intestinos, como el quiste del ovario; contenga líquido en que falten los elementos de la orina; y aun presente colesterina y paralbúmina. En semejantes casos es un recurso preciosísimo determinar el punto de insercion por medio del método de Simon.

Los quistes esplénicos y hepáticos son raros, crecen de arriba abajo, dejan una zona de *matité*, entre el tumor y la pélvis, y en el flúido de los del hígado se descubren muchas veces equinococos. Para unos y otros es de gran valor el método de Simon.

El quiste parásito, resultado de la presencia de equinococos, puede desarrollarse en cualquiera de los órganos ó tejidos del abdómen, y si su posicion es tal que dificulte distinguirlo del quiste ovárico, sólo podrá establecerse el diagnóstico por la aspiracion, el exámen microscópico y los medios químicos. La aspiracion revela la presencia del parásito.

Los quistes sub-peritoneales sólo pueden distinguirse de los del ovario por los caractéres físicos del flúido que contienen, y por la incision esploradora.

Los quistes cuyo punto de partida es el mismo útero, no son comunes, y pueden ser reconocidos por el método de Simon, por el exámen químico de su contenido, y por los efectos curativos de la puncion. El Dr. Atlee refiere tres casos que se curaron de este modo. Además, el flúido que contienen forma un coágulo, del que se separa un líquido rosado, ó de un rojo vivo, que no se coagula, y en el que no se encuentran las células particulares del flúido ovárico. Este último jamas se coagula espontáneamente. Es difícil distinguir los tumores fibro-quísticos de los quistes del ovario; pero lícito es felicitarnos, si se compara la posicion que hoy ocupamos, respecto de este punto, con la que teníamos pocos años há. A continuacion presento solamente las diferencias mas notables entre ámbas enfermedades, y por lo tanto, aquellas en que puede realmente confiarse; y si bien todavía muchas de estas presentan escepciones, otras no las tienen.

Fibro-quiste Uterino.	Quiste Ovárico.
Crece con lentitud y sobreviene generalmente despues de los 30 años de edad.	Crece con mayor rapidez, influyendo ménos la edad en su presentacion.
La cavidad uterina presenta comunmente aumento de capacidad.	La capacidad de la cavidad por lo general no se encuentra aumentada.
La conexion entre el tumor y el útero suele ser íntima, aunque no siempre sucede así.	El tumor ejerce ménos influencia en el útero.
El flúido se coagula espontánea y rápidamente.	No se coagula nunca.
El útero se encuentra algunas veces elevado encima del púbis y fuera de la pélvis, y las mas delante del tumor.	El útero se encuentra generalmente detras del tumor.

Fibro-quiste Uterino.	Quiste Oávrico.
La salud permanece buena durante años.	Decae generalmente en el período de tres años.
El microscopio revela la presencia de fibro-células (Drysdale).	Revela la presencia de las células epiteliales y granulosas características del quiste ovárico.

Aunque todos estos signos son de algun valor, los siguientes son los mas dignos de confianza: la coagulacion espontánea del flúido; la presencia de la fibro-célula; el aumento de capacidad del útero; y la determinacion de su conexion con el tumor por medio del método de Simon. No debe contarse la incision esploradora como de gran valor en el método diagnóstico; pues la simple seccion de las paredes abdominales no basta, y el exámen que con tal objeto es indispensable espone á la enferma á graves peligros.

Esceso de desarrollo ó dislocacion de otras vísceras.—La hipertrofia del hígado, ó del bazo, cuando no se presenta acompañada de ascitis, podrá siempre distinguirse del quiste ovárico sin gran dificultad, debiéndose recurrir á la puncion, si coincidiese el derrame peritoneal.

Distinguen al fibroma uterino: su dureza característica, lento desarrollo, ausencia de fluctuacion, buena salud continua y falta de demacracion, tendencia á aumento del flujo menstrual, irregularidad de superficie, conexion íntima con el útero, aumento en la capacidad de este órgano, y ausencia de flúido cuando se emplea el aspirador, ó se practica la puncion. Debe tenerse presente, sin embargo, que el tamaño del útero puede ser natural, y el tumor del todo independiente de dicho órgano.

Spencer Wells[1] dice que "los síntomas que son efecto del desarrollo de tumores grandes, grasosos, y fibro-plásticos, de varias partes del peritoneo ó mesenterio, se parecen tanto á los de la verdadera lesion ovárica, que en ciertos casos su verdadera naturaleza puede determinarse únicamente por medio de la puncion, ó de la incision esploradora." Si se evacuase algun flúido de estos tumores, no presentaría los característicos elementos celulares ováricos, coagulándose espontáneamente; y en algunos casos, el método de Simon revelaría que no es el ovario el punto de partida del tumor.

Un riñon movedizo ó flotante podría confundirse con un quiste del ovario; pero sólo con uno pequeño, con respecto del cual no habría que pensar en la ovariotomía, demostrando el tiempo que el tumor no era un quiste ovárico en vía de desarrollo.

El Dr. J. K. Dale,[2] de Little Rock, Arkansas, refiere un caso interesante de un tumor que se supuso ser ovárico, pero que la incision esploradora demostró ser el hígado que se presentaba "libre y movible, muy hipertrofiado, y ocupando la mitad derecha de la pélvis, compri-

[1] Ob. cit., p. 146. [2] Richmond and Louisville Med. Journ., Abril, 1874.

miendo la vejiga y el recto, y estorbando notablemente el debido cumplimiento de sus funciones respectivas." Este mismo estado de cosas precisamente se me presentó en un caso á que fuí llamado en New Haven, y practiqué una incision esploradora, en presencia de los doctores Whittemore, Jewett, y otros.

Preñez.—Los signos ordinarios, tanto físicos como racionales, de la gestacion uterina, deben ser considerados atentamente, ántes de escluir el embarazo normal é intersticial, pues mas de una mujer ha perecido á consecuencia de la introduccion, despues de la incision abdominal, de un trócar y cánula en el útero en estado de preñez, accidente que á la verdad es apénas mas deplorable para la enferma que para el desgraciado facultativo que lo causa con su descuido; y digo descuido, porque semejante error podría siempre evitarse introduciendo la sonda uterina como método de distincion. Es cierto que en casos de gestacion normal, dicho procedimiento provocaría un parto prematuro; pero esto es preferible al horroroso accidente que acabamos de mencionar, aunque se sacrifique la vida de la criatura.

Durante los diez y ocho últimos meses, se me han enviado tres casos de preñez de término y no por ignorantes, sino por médicos muy competentes tomándolos por de quistes ováricos; debiéndose el error en dos de estas tres mujeres, á que, siendo el embarazo clandestino, los examinadores se habían dejado llevar de los signos racionales en vez de los físicos. Debe confiarse especialmente en el descubrimiento, por medio de una palpacion cuidadosa, del cuerpo y movimientos del feto; en el peloteo de este del quinto al sétimo mes; despues de este período, en el reconocimiento por el tacto vaginal de la parte movediza que se presenta; y por último, en las pulsaciones fetales y soplo placentario. La enfermedad de los ovarios produce á veces los síntomas gástricos, mamarios, y nerviosos de la preñez.

Faltan muchos de los síntomas dichos, cuando ha muerto el feto, y si este permanece en el útero durante muchos años, como suele suceder, el diagnóstico dependerá indispensablemente de la historia del caso, del exámen por el método de Simon y por medio de la sonda uterina, y de la esploracion con el dedo despues de haberse dilatado el cuello. El diagnóstico de la preñez tubaria ó ventral es aun mas difícil; pero los mismos medios ayudarán á establecerlo, pues el útero aumenta marcadamente de volúmen aunque el feto se desarrolle fuera de él.

No debemos contentarnos con hacer un diagnóstico diferencial entre la preñez y el tumor ovárico, sino que, aun despues de diagnosticado el último, debe escluirse siempre al primero como estado coexistente.

La hidropesía del ámnios manifiesta una fluctuacion muy superficial y podría engañar al que no anduviera con cuidado en el diagnóstico; pero la investigacion detenida del caso, y la consideracion de su historia disipan generalmente toda duda. Las fibras del cuello del útero se encuentran por lo comun distendidas; cuando se imprime un movimiento

ó empuje al tumor en el abdómen, el cuello se mueve simultáneamente, y la sonda uterina pasa muy adentro en la cavidad que está encima. Si se ha recurrido á la aspiracion, el flúido estraido es alcalino, de un peso específico de 1005 á 1010 y contiene albúmina, pero no fibrina, y visto con el microscopio presenta células epiteliales y glóbulos de grasa. El meconio y la sangre alteran estos caractéres del líquido.

Estados morbosos de las paredes y del tejido areolar de la pélvis. —El encondroma, ó enfermedad encefaloídea, de las paredes pelvianas, es duro, no tiene fluctuacion, y está firmemente fijo y unido á la parte de que proviene; hechos que demuestran la esploracion rectal y la palpacion abdominal, manifestándose la ausencia de líquido, si se intenta la aspiracion.

El abceso de la pélvis es comunmente el resultado de la celulitis, que presenta síntomas marcados; se estiende rara vez hasta el ombligo, está fijo en la pélvis, el tacto percibe endurecimiento en una de las fosas ilíacas, la aspiracion da pruebas de pus, hay un dolor escesivo, con dolor y pulsaciones en uno de los muslos, y los contornos de la masa son oscuros y nada satisfactorios. Suele tender á formar eminencia, hay dolor á la presion, y generalmente escalofrios y fiebre.

La existencia de adherencias constituía una cuestion importantísima cuando se empezó á practicar la ovariotomía, porque se creía que ponían obstáculo á la estirpacicn de estos tumores; pero hoy que las mas fuertes adherencias se rompen, no sólo sin causar perjuicio, sino con resultados á menudo mejores que los que siguen á la estirpacion del tumor cuando está sano el peritoneo, su importancia es relativamente insignificante; lo que no deja de ser fortuna, pues el determinar la existencia de adherencias es poco mas que cuestion de conjetura, y fuera de algunos hechos muy generales, por los cuales nos aventuramos á formar parecer, todo es prediccion empírica, tratándose de este asunto.

Es probable que no existan adherencias cuando el tumor ha crecido con mucha rapidez, y se supone ser unilocular.

Es de creer que hay adherencias si ha habido síntomas de peritonitis; y que no las hay si no ha habido dolor.

Si las paredes abdominales se mueven libremente sobre el tumor cuando la enferma está acostada de espaldas y el tumor desciende notablemente en el abdómen cuando ella se incorpora de repente en la cama, es probable que no existan adherencias anteriores, aunque puede haberlas posteriores sin que este exámen las haga sospechar.

Es muy probable que existan fuertes adherencias pelvianas, si el dedo introducido en la vagina percibe una inmovilidad del útero y base del tumor, semejante á la que se observa en la pelvi-peritonitis, y si dichas partes no se alejan del dedo dentro de la vagina, al cambiar la enferma su posicion de pié por el decúbito dorsal.

Ninguno de estos signos es seguro, y el que confie mucho en ellos no podrá ménos de equivocarse; pero lo ya dicho, de que las mas fuer-

tes adherencias no contraindican la estirpacion, compensa la inexactitud de los signos aludidos.

Conviene siempre saber la longitud del pedículo, lo que en cierto número de casos puede determinarse aproximadamente de la manera recomendada por Tixier,[1] de Estrasburgo, quien dice:

"La esperiencia y observacion han hecho que en ciertos casos podamos diagnosticar la longitud y variedad probables del pedículo. Ciertos signos objetivos y subjetivos podrán guiar al práctico para facilitarle el diagnóstico; hecho importantísimo, supuesto que de la longitud del pedículo depende muy á menudo el éxito de la operacion.

"Hasta ahora hemos podido casi con completa seguridad diagnosticar tres formas: el pedículo largo, el corto, y el retorcido.

"*El pedículo largo.*—La forma del abdómen, tiene un aspecto particular; esto es, la forma *en besace.* La porcion hipogástrica de la pared abdominal está aplicada contra la superficie interna de los muslos, y el tumor ovárico, impulsado á la fuerza adelante, parece haber sido sacado de la entrada superior de la pélvis. El exámen vaginal revela una elevacion del cuello del útero, y el dedo índice, introducido en la escavacion pelviana, no encuentra el tumor en ninguna parte. El útero presenta gran movilidad y puede dislocarse fácilmente. Este grupo de síntomas nos hace presumir que el ligamento ancho y la trompa se encuentran alargados, condicion favorable para hacer fuerza en el pedículo sin la incision abdominal.

"*El pedículo corto.*—Puede presumirse la existencia del pedículo corto, si se presentan los síntomas siguientes: en primer lugar, la forma del abdómen es distinta de la que acabamos de describir; pudiendo notarse una estension lateral sin prominencia marcada de la parte media. Cuando se intenta pasar la punta del dedo entre el tumor y el púbis, se percibe á traves de la piel que la escrecencia entra en la escavacion pelviana, y su base parece estar sentada sobre la abertura de la pélvis. El tacto vaginal indica el hundimiento del cuello del útero y una inmovilidad mas ó ménos pronunciada del órgano. Si en seguida se esplora la escavacion pelviana con el dedo, se notará que no se halla desocupada y que contiene ciertas partes del tumor. El cirujano, en vista de los síntomas mencionados, puede presumir la mayor ó menor longitud del pedículo.

"*El pedículo retorcido.*—A primera vista parece difícil determinar esta torsion; pero en ciertas condiciones puede, sin embargo, hacerse su diagnóstico con mayor exactitud que en las dos variedades anteriores. Su existencia puede deducirse siempre que se hayan observado los síntomas siguientes:

"Las enfermas sienten dolores intermitentes muy vivos que se estienden hácia abajo á lo largo de la vena correspondiente al ovario afectado, y hácia arriba, á la region lumbar del mismo lado; la fatiga y el trabajo escitan estos dolores, aunque tambien se hacen sentir cuando la enferma está en cama, y cuando desea cambiar de postura. Las enfermas se quejan igualmente de calambres uterinos muy fuertes, análogos á los que ocasiona la deligacion del pedículo. El flúido quístico es de un color mas ó ménos subido y presenta un aspecto hemorrágico. En casos de esta naturaleza el tacto no precisa nada, y sólo puede adquirirse la idea de la existencia de un pedículo largo y delgado."

[1] Le Pédicule et son Traitement après l'Opération de l'Ovariotomie, Strasbourg, 1869; Archives Générales de Médecine, juillet, 1870.

Las sugestiones de M. Tixier me parecen muy útiles y dignas de que se apliquen á todo caso en que se intente practicar la ovariotomía, aunque yo, por mi parte, no haya podido formar conclusiones tan positivas y exactas como él, respecto de la determinacion de la longitud y carácter del pedículo por estos medios. Segun mi esperiencia, es regla muy segura que si el exámen vaginal revela el tumor bastante elevado y fuera de la pélvis, el pedículo no puede ser muy corto; miéntras que si un tumor que no sea muy grande se encuentra fijo en la pélvis, sin que se pueda empujarlo hácia arriba, es probable que el pedículo sea corto. Puede aumentarse el valor de este signo haciendo el exámen en la posicion de bruces.

Si sobre cualquiera de los puntos aludidos existieren dudas imposibles de disipar por aquellos medios de investigacion que están limitados por el peritoneo y bóveda de la pélvis, ó en otros términos, cuya aplicacion inmediata se estiende hasta el peritoneo, pero no mas allá, podemos recurrir á tres métodos de esploracion que ponen al esplorador en contacto directo con la parte interna del abdómen y del tumor. Estos medios positivos y eficaces son los siguientes:

Aspiracion;
Puncion;
Incision esploradora.

Es verdad que estos medios no están exentos de algun peligro; pero es de poca importancia este comparado con el mayor de una operacion intentada en virtud de un diagnóstico incierto; y no cabe duda que en muchos casos en que se practica indebidamente la ovariotomía, hubiera podido evitarse dicha operacion, prolongando acaso la vida de la enferma, si se hubiese empleado previamente uno de estos métodos. Claro está que no se limitan únicamente á determinar el carácter de un tumor, sino el orígen, adherencias, y complicaciones de cualquier escrecencia abdominal.

El empleo de la aspiracion como medio diagnóstico, en los casos de tumores ováricos, constituye un adelanto notable. El instrumento de Dieulafoy, representado en la página 62, es el que se usa generalmente en este país. Se introduce una aguja fina y hueca en el tumor, estableciéndose una fuerte aspiracion por medio de un tubo de goma elástica unido á una jeringa fuerte, en la que se forma el vacío tirando del émbolo hácia fuera. Los flúidos claros corren por la aguja mas fina, y una sustancia coloídea muy tenaz puede pasar por la mas gruesa, que es muy pequeña comparada con el trócar y cánula ordinarios. Un tumor poliquístico grande, lleno de flúido espeso y tenaz, puede evacuarse con facilidad por medio de este precioso instrumento, introduciendo la aguja en nuevos quistes así que se vacían los primeros puncionados; y cuando no se desea vaciar completamente el tumor, se obtiene por su medio el flúido necesario para el exámen químico y microscópico. El em-

pleo del aspirador disminuye considerablemente los peligros de la evacuacion del flúido por medio de la puncion. Los peligros que por aquel procedimiento se corren son: 1°, hemorragia de algun vaso sanguíneo de la pared abdominal ó quística; 2°, entrada del aire en la cavidad de la bolsa y descomposicion del flúido, que puede ocasionar una inflamacion de la pared del quiste, y septicemia; 3°, derrame consecutivo en el peritoneo del contenido del tumor; 4°, lesion mortal de un intestino ó un órgano sólido. Spencer Wells refiere un caso en que un conocido suyo practicó la puncion, muriendo poco despues la enferma, y la autopsia reveló la existencia en la cavidad peritoneal de mas de 2 litros de sangre derramada por una vena varicosa que se había herido. A todos estos peligros espone de una manera notable la paracentésis ordinaria; pero se evitan en gran manera con la aspiracion.

Podemos decir, pues, sin temor de equivocarnos, que mediante la aspiracion se logra con mucho ménos peligro todo lo que se consigue á favor de la puncion, y que la primera debe preferirse á la segunda siempre que sea practicable; pero desgraciadamente el aspirador es dispendioso, y puede no ser asequible. Cuando sólo se desea estraer una cantidad pequeña de líquido para examinarlo, puede usarse la jeringuilla hipodérmica, con preferencia al mismo aspirador. El empleo de este instrumento, indicado por el Dr. H. F. Walker y puesto en práctica por el que esto escribe ántes de llegar á nuestro conocimiento el que acabo de describir, consiste simplemente en introducir por diversos puntos de las paredes abdominales, la aguja unida á la jeringuilla, estrayendo todo el flúido posible, y depositándolo en una probeta para examinarlo. De este modo se determina 1°, si el tumor es flúido ó sólido; 2°, si contiene un flúido claro y ligeramente albuminoso, ó un material icoroso é irritante; 3°, por medio de diversas punturas, si es ó no multilocular. Me he servido de este método muchas veces, sin que su uso hasta ahora haya producido jamas inflamacion. En un caso que ví, junto con el Dr. Peaslee, obtuvo este por medio de la jeringuilla hipodérmica, con objeto de examinarlo, un flúido claro, albuminoso, y decidió practicar la ovariotomía al cabo de algunos dias, descubriendo al operar que el saco se había vaciado en el peritoneo por la pequeña abertura hecha con la aguja de la jeringuilla.

Cuando no puede conseguirse un aspirador, es la puncion, para el diagnóstico de los quistes ováricos, un medio de gran valor que no debe desdeñarse con ligereza. Atlee, Wells, Peaslee, Spiegelberg, y otros muchos ovariotomistas eminentes del dia, preconizan su importancia; y aunque algunos, como Stilling, lo han llamado "un crímen," en el calor de la discusion, puede decirse que ha salido victorioso de la mayor parte de las objeciones que se le han opuesto, y conquistado el rango de medio diagnóstico y paliativo valioso. Wells[1] ha demostrado que

[1] Ob. cit., p. 275.

no aumenta notablemente la mortalidad de la ovariotomía, y que muchas veces es un preparativo escelente para dicha operacion, siendo pocos los peligros que acarrea cuando se practica con las precauciones debidas. Dichos peligros, sin embargo, no son imaginarios, sino hechos establecidos por pruebas estadísticas. De 130 casos reunidos por Kiwisch, de mujeres en quienes se practicó por primera vez la puncion, 17 por 100 murieron pocas horas ó dias despues de la operacion.[1] Semejante mortalidad es en efecto muy formidable, tanto mas cuanto que la operacion que la causa no es curativa, y se practica simplemente como medio paliativo, ó para facilitar el diagnóstico.

La incision esploradora es, á mi modo de ver, el mas precioso de todos los medios que sirven para decidir definitiva y exactamente la cuestion del diagnóstico ; pero como hace necesaria, no sólo la abertura del peritoneo, sino generalmente una manipulacion estensa de lo contenido en aquella cavidad, es forzosamente algo peligrosa. Miéntras que los otros métodos pueden practicarse algunos dias, ó quizás algunas semanas, ántes de la operacion de la ovariotomía, este deberá constituir, ó mejor dicho, formar parte de su primer tiempo ; cerrándose la abertura hecha, si el cirujano obtiene por su medio informes que le decidan á no operar, ó bien ensanchándola y prolongándola, á fin de que constituya la abertura abdominal definitiva, si la luz que arroja sobre el diagnóstico demuestra la oportunidad del procedimiento operatorio radical que se intenta.

La incision esploradora se practica del modo siguiente. Preparada la enferma precisamente como para la ovariotomía, se la coloca sobre la mesa, rodeándola de ayudantes, etc., como cuando se trata de la operacion radical. Hecho esto, se practica con un bisturí una incision de una pulgada de longitud en la línea blanca, que se profundiza hasta el tumor, y en seguida se introduce el dedo, deslizándolo suavemente sobre su superficie, en todos sentidos, á fin de determinar su carácter. Lo contenido en el tumor puede evacuarse por medio del aspirador, ó con un *trócar muy pequeño*, tan pequeño que la abertura practicada pueda cerrarse con facilidad, si se creyese mas conveniente desistir de la operacion radical. Si el quiste se evacúa por estos medios, se introduce en seguida la mano en la cavidad abdominal y se hace una esploracion completa ; pero si no estuviere evacuado del todo, se introducirá una sonda en el útero, y dos dedos por la incision abdominal, hasta que toquen el fondo del órgano, á fin de determinar con la mayor exactitud que sea posible, el orígen y adherencias de la masa sólida. Cuando ha existido un derrame abdominal, el líquido, por de contado, se escapa inmediatamente, pudiendo percibirse con el dedo cualquiera escrecencia que haya en el abdómen.

Antes de dejar esta parte del asunto, presentaré al lector unas

[1] Hewitt, ob. cit., p. 637.

cuantas reglas cuya observancia disminuirá muchísimo la posibilidad de cometer un error en el diagnóstico, al operar los tumores ováricos.

1ª. La ovariotomía no debe practicarse nunca sin esplorar cuidadosamente el útero con la sonda.

2ª. Antes de operar, estráigase siempre, á favor de la jeringuilla hipodérmica, una pequeña cantidad de líquido, con objeto de examinarlo química y microscópicamente.

3ª. Si existiere la menor duda tocante al diagnóstico, se someterá á la enferma al sueño anestésico, y se recurrirá al método de Simon.

4ª. Si todavía quedare duda, evacúese el quiste ó quistes, por medio de la puncion ó del aspirador.

5ª. Si no se han disipado todas las dudas en el momento de la operacion, deberá principiarse esta por la incision esploradora, prosiguiendo ó no, segun lo que se vaya descubriendo.

Tratamiento.—Se ha ensayado fielmente el tratamiento médico de la hidropesía ovárica por medio de diuréticos, catárticos hidragogos, diaforéticos, mercuriales, absorbentes, aguas minerales, etc., y se ha visto que es ineficaz; y un estudio cuidadoso de los anales de este asunto nos obliga á deducir que el número de casos que comprueban la posibilidad de la absorcion por dichos medios es sumamente pequeño. Todo lo que, en estos casos, puede esperarse de la medicacion, es sostener los sistemas sanguíneo y nervioso con tónicos y estimulantes; regularizar las funciones alteradas, por medio de diaforéticos, catárticos, diuréticos, y anti-eméticos; y aliviar las inflamaciones locales por los medios á que se recurre ordinariamente en tales circunstancias. Insisto con tanto mayor motivo en la ineficacia del tratamiento constitucional, por cuanto rara vez observo en mi clínica un caso de hidropesía ovárica en completo desarrollo, que no manifieste señales de haberse intentado mas de una vez disipar el derrame por medio de ventosas, sanguijuelas, vejigatorios, fricciones, aplicaciones locales del yodo, y una medicacion interna igualmente activa. No hay prueba, que merezca este nombre, de que con tales medios se hayan conseguido curaciones, y nada hay mas cierto que que rebajan el tono del sistema, y agotan las fuerzas vitales. Por estar convencido de esto, dijo el Dr. W. Hunter, ántes de que se introdujesen en la práctica los métodos de tratamiento quirúrgico que hoy se usan, que "en los casos de hidropesía ovárica vivirá mas tiempo la enferma que ménos medios emplee para curarse."

A la cirujía, pues, es á la que debemos recurrir, y á continuacion enumeramos los medios quirúrgicos que poseemos. La enumeracion dista mucho de incluir todos los que se han propuesto y practicado; porque se recargaría la memoria del lector con un fárrago sin importancia práctica. Solamente se apuntan aquellos métodos considerados hoy como procedimientos legítimos, á saber:

Puncion;
Drenaje;
Incision;
Inyeccion del saco;
Ovariotomía.

Puncion.—La paracentésis, ó puncion, consiste en introducir un tróear con su cánula, atravesando las paredes de un saco que contenga flúido, para dar salida á este. De todas las operaciones que se practican para aliviar ha hidropesía del ovario, esta es la mas antigua y la mas comun, siendo sus ventajas la facilidad de ejecucion, la prontitud del alivio, y la inmunidad, hasta cierto punto, de los peligros que siguen á procedimientos mas radicales adoptados en estos casos.

Sus desventajas, sin embargo, son graves, y aunque se ha dicho que ha producido curaciones en un corto número de casos, la autenticidad de estos es dudosa, y nunca debe practicarse con confianza. La acompañan además los peligros inmediatos que hace poco mencionámos, y otro mas remoto, á saber: un flujo debilitante del quiste, que puede persistir hasta dejar agotadas las fuerzas de la enferma. M. Courty ha reunido 130 casos, tratados de esta manera por Kiwisch, Lee, y Southam con los siguientes resultados:

46 murieron despues de la primera puncion.
10 " " " segunda "
26 " " de haberla practicado de 3 á 6 veces.
15 " " " " " 7 á 12 "
13 " " " " 12 veces.

De estos casos 21 eran de Mr. Southam: 4 de ellos murieron algunas horas despues de la operacion, 3 durante el primer mes, y 14 en el trascurso de 9 meses; y de los 64 casos de Kiwisch 9 murieron dentro de las 24 horas siguientes á la primera puncion. El Dr. Fock,[1] de Berlin, presenta en el siguiente cuadro el tiempo en que ocurrió la muerte en 132 casos, despues de la primera puncion:

25 murieron al cabo de pocos dias.
24 " dentro de 6 meses.
22 " " " 1 año.
21 " " " 2 años.
11 " " " 3 "
29 solamente sobrevivían al cabo de la última fecha.
—
132

Por lo dicho se verá que, segun datos estadísticos dignos de crédito, este procedimiento es una medida paliativa generalmente seguida del progreso de la enfermedad, y no pocas veces de resultados perjudiciales

[1] Simon, ob. cit., p. 347.

inmediatos; sin embargo, no debe perderse de vista que la operacion puede prolongar la vida, aliviar por un período de 10 á 25 años muchos males existentes, y que quizás ha efectuado la curacion en unos pocos casos. El Dr. Ramsbotham refiere un caso en que durante 8 años se practicó la puncion 129 veces, evacuándose 1744 litros de líquido; y el Dr. Martineau otro, en que se practicó 80 veces, en 25 años, estráyendose 2759 litros. Yo tengo en la actualidad á mi cuidado una enferma á la que durante 5 años se ha puncionado 45 veces un quiste grande.

Hemos dicho que se cuenta de numerosisimos quistes ováricos curados por la simple puncion; pero deja lugar á muchas dudas si los casos curados por este medio eran verdaderos quistes ováricos, ó quistes del ligamento ancho, los cuales se curan á menudo por dicho medio. No teniendo conocimiento de ningun caso bien auténtico de quiste ovárico curado de un modo permanente por la puncion, no podemos, en justicia, considerar dicho procedimiento mas que como un método diagnóstico precioso y recurso paliativo, que no raras veces salva la vida amenazada por uno de los resultados de la enfermedad quística.

La paracentésis puede practicarse con buenas esperanzas de curacion cuando el contenido del quiste no parece ser el de un verdadero cistoma ovárico, presentando mas bien los caractéres del flúido de un quiste del ligamento ancho. Las circunstancias que, por lo general, indican la conveniencia ú oportunidad de la paracentésis como medio paliativo, son las siguientes: acumulacion rápida que estorbe alguna funcion importante; coexistencia de la enfermedad ovárica con la preñez; carácter solitario del quiste; adherencias fuertes que depriman el tumor, impidiendo otro procedimiento mas radical; dudas grandes con respecto al diagnóstico; ó debilidad constitucional que haría intolerable una operacion mas grave. El quiste puede puncionarse por la pared abdominal, por la vagina, ó por el recto.

Puncion por la pared abdominal.—Acostada de lado la enferma, se rodea el cuerpo con un vendaje ancho, como el que se usa en la paracentésis del abdómen, la traccion de cuyos estremos, sostenidos por los ayudantes, ejerce una compresion firme, evacúa el tumor, é impide el síncope. En seguida se pellizca entre los dedos y eleva un repliegue de la piel, en el que se hace penetrar una lanceta ó bisturí, cuidando de que la incision sea en la línea blanca á igual distancia del púbis y del ombligo, y por la herida hecha se mete el trócar con su cánula á traves de las dos hojas peritoneales y de la pared quística. El líquido corre por la cánula introducida, y si se emplea un instrumento como el que representa la Fig. 177, puede aquel ser dirigido á una vasija que se habrá colocado junto á la cama de la enferma, uniendo á la cánula un tubo de goma elástica, cuya estremidad libre se cuidará solícitamente de mantener sumergida en agua en la vasija, á fin de impedir la entrada del aire en el saco.

Si despues de evacuar el quiste principal, se perciben otros á traves

de las paredes del abdómen, podrán vaciarse por medio de la cánula, empujándola firmemente contra ellos.

Cuando se punciona el quiste por el abdómen, deberán observarse las reglas siguientes, siendo muy probable que su observancia puntual llegue á afectar favorablemente la estadística de la operacion.



FIG. 177.

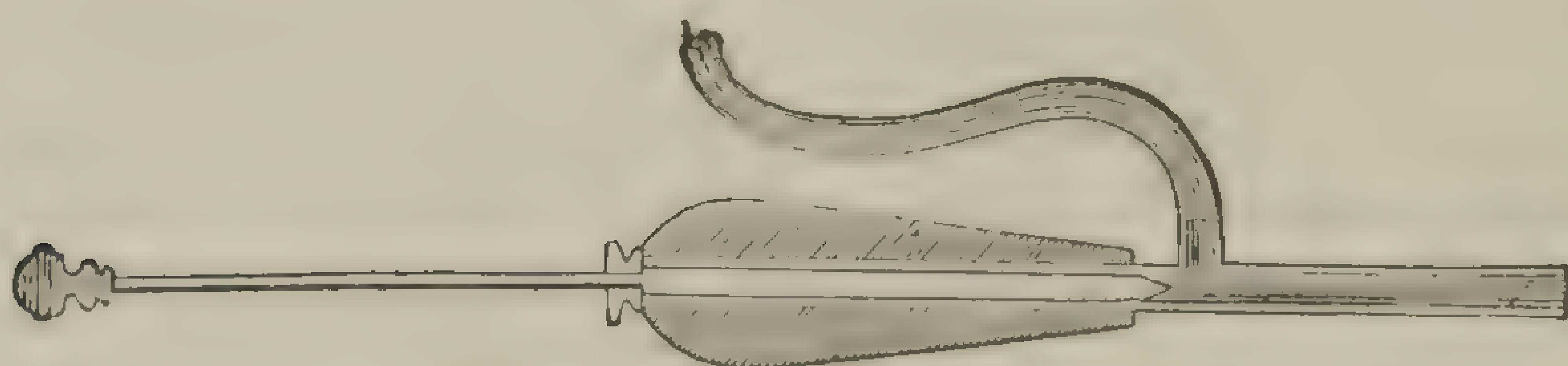


FIG. 178.

1ª. La paracentésis debe siempre practicarse con la enferma en el decúbito horizontal, y jamas estando ella sentada.

2ª. Divídase la piel con la lanceta, y empléese un trócar y cánula, con el tubo de goma sumergido en el agua, á fin de impedir la entrada del aire en la cavidad quística.

3ª. Cuando el flúido evacuado es viscoso, debe lavarse siempre la cavidad del saco con agua caliente fenicada.

4ª. Si ocurriere algun derrame de sangre por la herida en la piel, se atravesarán profundamente sus bordes con un alfiler de labio leporino, sobre el que se fijará una ligadura en forma de un 8.

5ª. Manténgase la enferma acostada y muy tranquila despues de la puncion, por espacio de dos ó tres dias.

Puncion por la vagina.—Esta operacion, que ha estado mas ó ménos en boga algun tiempo, fué, segun Kiwisch, practicada por vez primera en 1775 por Callisen, aunque llamó poco la atencion hasta épocas mas modernas. Velpeau[1] declara haberla recomendado en 1831, adoptándola algun tiempo despues Neumann, y Récamier. En Alemania se ha practicado frecuentemente durante los últimos años, y Scanzoni da las razones que siguen para preferirla á la paracéntesis abdominal : "Produce mas á menudo una curacion radical que el otro método que acaba de mencionarse ; y esto consiste sobre todo en que, abierto el quiste en su parte mas baja, puede vaciarse mas completamente. Si fuese siempre posible puncionar el quiste por la vagina, la puncion abdominal no tardaría en desaparecer de la práctica quirúrgica ; pero desgraciadamente no sucede así, pues en pocas enfermas existen las condiciones que requiere esta operacion, siendo, á la verdad, raro que la parte inferior del tumor descienda lo suficiente en la pélvis para que se

[1] Diction. de Méd., t. xxii, p. 589.

presente accesible al tacto vaginal; y además, cuando se halla accesible el tumor, su parte mas baja suele no manifestar ninguna cavidad llena de líquido, sino únicamente masas sólidas de naturaleza sarcomatosa, coloídea ó cancerosa." Kiwisch declara que, siempre que sea practicable, la prefiere *por todos conceptos* á la puncion abdominal.

Por este método, cuyas ventajas recomiendan con tanta fuerza los autores recien nombrados, es incuestionable que se evitan dos de los peligros de la paracentésis, á saber: el derrame ulterior de flúido en el peritoneo, y la peritonitis consecutiva; pero tambien se aumentan con seguridad otros, como los de dañar alguna parte del intestino, entrada del aire en el saco, con la consiguiente descomposicion del contenido, septicemia, é inflamacion de la pared quística. Aunque es corta mi esperiencia de este método, estoy, sin embargo, de acuerdo con Spencer Wells,[1] quien ha dicho que "generalmente el aire penetra en el quiste, la abertura se cierra, el líquido que queda en la cavidad, ó el segregado nuevamente, se descompone, y se desarrolla una inflamacion supuratoria de la membrana interna del quiste, acompañada de una forma leve de fiebre adinámica, ó de pioemia." Este método, seguido del drenaje y las inyecciones antisépticas, es, con todo, de gran valor cuando el quiste se encuentra firmemente fijo en la pélvis.

La operacion se practica como sigue. Habiéndose evacuado cuidadosamente la vejiga y el recto, y despues de producido el sueño anestésico, se coloca la mujer sobre una mesa, en la posicion de la litotomía. El operador introduce en la vagina el dedo índice, ó lo que es mejor, los dedos índice y del medio de la mano izquierda, que coloca contra la parte mas baja y accesible del tumor, y sobre el dedo ó dedos introduce una cánula de 10 pulgadas de largo, que comprime contra el quiste, habiendo ántes retirado un poco la punta del trócar, la que en seguida hunde en el tumor á traves de la pared de la vagina; hecho lo cual, retira el trócar, dejando correr el líquido por la cánula. Concluida la operacion, se traslada á la enferma á la cama, administrándole el opio como calmante, y protegiéndola, miéntras sea probable la inflamacion, contra toda influencia capaz de determinarla.

Puncion por el recto.—Si la superficie del tumor fuere mucho mas accesible por el recto que por la vagina, ó si por cualquiera otra razon, como por ejemplo, estrechez, atresía ó inflamacion de la vagina, se creyere mas conveniente hacer la puncion en la pared del recto, no hay inconveniente en hacerlo. Será, sin embargo, mejor puncionar el quiste por la vagina, siempre que pueda elegirse y no haya razon especial que indique el recto como el lugar mas oportuno. El escape del líquido por la vagina se efectúa sin mucha incomodidad, y ningun esfuerzo de parte de la enferma, miéntras que su salida por el recto depende de un acto voluntario que agota las fuerzas, é incomoda por la necesidad frecuente

[1] Dict. de Méd., t. xxii, p. 276.

de repetirlo ; pudiendo penetrar tambien los gases del intestino en el saco y producir mayor perjuicio que la entrada del aire puro atmosférico. Este método, pues, debe desecharse, salvo como último recurso cuando la paracentésis ovárica es enteramente impracticable por otro punto.

Hasta aquí hemos estudiado la puncion del quiste simplemente como una medida que produce alivio ; siendo curativa sólo en casos escepcionales. La rápida reproduccion del líquido es el elemento que con mas invariable actividad impide sus efectos curativos. Parece efectivamente que la operacion estimula á veces dicho proceso, y como cada acumulacion elimina algunos de los elementos nutritivos de la sangre, la evacuacion repetida del quiste no tarda en aniquilar las fuerzas de la enferma. La observacion de este hecho ha dado lugar á que se adopte el método de que ahora vamos á ocuparnos.

Drenaje.—De mucho tiempo á esta parte se viene observando que, en un corto número de casos, los quistes ováricos vacían su contenido por el recto, la vagina, ó las paredes abdominales, y continuando el derrame, ó no se vuelven á llenar nunca, ó llegan á obliterarse. Es digno de mencion el siguiente ejemplo de los buenos resultados que puede proporcionar este esfuerzo de la naturaleza para efectuar la curacion.

Johanna Smith, de 46 años de edad y 17 de casada, pero infecunda, se presentó en mi clínica en el *College of Physicians and Surgeons.* Su salud había sido buena hasta el año de 1859, en que notó un tumor sobre el ovario derecho. Este adquirió un tamaño inmenso; tanto que durante tres meses la enferma no podía cambiar de postura en la cama sin que la ayudasen, y padecía dispepsia, edema de las estremidades inferiores y otros signos de alteracion constitucional.

En Junio de 1861 una gran cantidad de líquido sero-purulento se escapó por el recto, continuando el flujo durante dos meses, al cabo de los cuales pudo abandonar la cama la enferma, hecha un esqueleto, pero sin distension abdominal.

En 1866, se reprodujo el líquido, escapándose del mismo modo en 1868, y desde entónces ha continuado el flujo por el recto, percibiéndose sólo un tumor pequeño.

La enferma no se encuentra en la actualidad muy demacrada, padece solamente dispepsia con estreñimiento de vientre, y tiene frecuentes deseos de evacuar el contenido del intestino, pero sólo espele una materia sero-purulenta.

El tacto vaginal manifiesta el útero empujado hácia el lado izquierdo y ligeramente encorvado en sentido anterior ; el tacto y la palpacion combinados revelan la existencia de un tumor del tamaño de un coco en la fosa ilíaca derecha ; y el tacto rectal percibe, en la parte mas alta á que el dedo índice puede alcanzar, una estrechez que impide la salida del escremento, pero que permite la de los líquidos. Entre la estrechez y el esfínter del ano se encuentra una gran acumulacion de líquido.

El procedimiento que llamamos *drenaje* es una imitacion de este pro-

ceso, con la adicion de inyecciones alterantes y antisépticas en la cavidad quística.

La operacion consiste simplemente en la paracentésis abdominal ó vaginal, é introduccion y retencion en el canal así abierto de un tubo que dé salida al líquido y entrada á las inyecciones.

La paracentésis vaginal, propuesta por Velpeau en 1831, como ya se ha dicho, no se limitaba á la evacuacion del saco, sino que incluía la retencion de un tubo de drenaje siempre que se juzgase necesario el procedimiento. Los ginecólogos alemanes han sistematizado la operacion en época mas reciente, subordinándola á los mejores resultados prácticos. El procedimiento ofrece, por de contado, todas las ventajas de la evacuacion del contenido del saco por puncion vaginal, obviando al mismo tiempo la posibilidad de que el líquido se reproduzca y vuelva á distenderse el quiste. La estadística en este punto no es todavía bastante completa para que podamos espresarnos con entera seguridad acerca del mérito de la operacion; pero hasta ahora sus resultados han sido muy favorables en cierta clase de casos, aunque nadie pretende que sea estensa su esfera de utilidad. El mismo Kiwisch, su introductor y mas acérrimo partidario, se espresa con reserva sobre este punto. "Es nuestro parecer, dice, que su utilidad se limita á los quistes simples, y medianamente grandes, pues en los muy voluminosos, la descomposicion estensa debe debilitar notablemente el sistema; y los quistes compuestos se oponen á la debida contraccion del saco, como lo hemos observado en un caso mortal en que existían dos quistes yustapuestos y sólo pudo puncionarse uno."

De 14 casos operados de esta manera por Scanzoni, la curacion fué perfecta en 8; en 2 se reprodujo el líquido á las pocas semanas; en 3 no pudo saberse el resultado; y 1 terminó funestamente dos meses despues de la operacion, á consecuencia de una fiebre tifoídea.

El Dr. Emil Noeggerath ha recurrido frecuentemente á la operacion en América, y aunque su éxito no ha sido muy alentador hasta ahora, considera, sin embargo, favorablemente el plan, y atribuye sus malos resultados á haber operado en casos que casi todos estaban complicados con una enfermedad maligna ú otra grave. El Dr. Schnetter operó en dos casos con éxito completo. El método de practicar esta operacion ha sido recientemente modificado con ventajas, á mi modo de ver, por el Dr. Noeggerath.

Operacion de Noeggerath para el drenaje de los quistes ováricos.— 1^er^ tiempo. Colocada la enferma en el decúbito dorsal, se introduce el spéculum de Sims y se suspenden la pared vaginal anterior y la base de la vejiga; y fijando con un tenáculo el fondo de la vagina, se hace una incision á traves de la pared de este conducto, del tejido areolar subperitoneal, y del peritoneo. 2º tiempo. Por la abertura hecha puede tocarse el quiste, que se aferra con un tenáculo, puncionando y evacuando el quiste principal y todos los demas que puedan alcanzarse.

Una vez evacuado el tumor, y limpia de sangre la vagina, pasa el cirujano al 3er tiempo. Consiste este en dar la vuelta á la enferma sobre el lado izquierdo, introducir el spéculum de Sims, y coser los labios del quiste á los de la abertura en la vagina, por medio de hilos de plata. Este método asegura el desagüe completo, mantiene abierta una via por la que pueden hacerse inyecciones antisépticas en la cavidad, y cierra el peritoneo al contacto de los flúidos. El Dr. Noeggerath me dice que, despues de establecido el drenaje, los quistes endógenos pequeños se contraen y obliteran, aun cuando no hayan sido abiertos.

Método de Kiwisch.—La paracentésis vaginal se practica de la manera ya indicada. Cuando el líquido ha acabado de correr, se introduce en el saco, á traves de la cánula, una sonda acanalada sin mango, que se mantiene puesta miéntras se retira la cánula. En seguida se desliza sobre la sonda un bisturí de boton de mango largo, y se practica una incision suficientemente grande para que dé paso al dedo índice, hecho lo cual se sacan sonda y bisturí, y se introduce un tubo largo flexible, que se deja colgar fuera de la vagina, habiéndolo asegurado en la vulva por medio de un vendaje de T.

La enferma deberá guardar cama despues de la operacion. Al cabo de dos ó tres dias suelen manifestarse síntomas inflamatorios, por una reaccion grave, y por espacio de diez á veinte dias hay, las mas veces, vivos dolores en las partes vecinas y un flujo icoroso, que por lo general se trasforma en purulento, desapareciendo en casos favorables al cabo de cinco á siete semanas, cuando es de esperarse haya ocurrido la contraccion de las paredes y obliteracion perfecta del quiste. Miéntras exista algun flujo del quiste, debe ser inyectado dos veces al dia con agua templada, ó mejor aun, con agua caliente á la que se añade ácido fénico, ó persulfato de hierro, haciéndose al mismo tiempo inyecciones copiosas en la vagina, con objeto de impedir la irritacion de este conducto.

El tubo se mantiene puesto hasta que desaparece el flujo y disminuye de volúmen el quiste.

Método de Schnetter.—El Dr. Schnetter, de Nueva York, ha modificado la operacion de la manera siguiente. Introducida ya la cánula y retirado el trócar, se pasa á traves de la primera un cuchillo pequeño, cuya hoja de 1½ pulgada de longitud, va montada en un mango construido de manera que se adapte á la curvadura; y como el mango del cuchillo es mayor que la cánula, su superficie cortante sale de la abertura de aquella. Al retirar la cánula y el cuchillo, se practica con este último una incision que abre camino al dedo y al tubo de drenaje. Scanzoni, que ha empleado dos veces el método de Schnetter, lo prefiere al de Kiwisch, por razon de su mayor sencillez.

Método de West.—Otro método muy simple ha sido recomendado por el Dr. West, de Lóndres. Metidos en el quiste el trócar y la cánula, se retira el primero, dejando correr el líquido por la segunda, y en

seguida se introduce por esta última un catéter núm. 12 de goma elástica, que, despues de separada la cánula, se mantiene á beneficio de un vendaje de T. En una enferma á quien asistí con el Dr. O. H. Smith, de Williamsburgh, adopté este plan, y á continuacion copio la anotacion que del caso hice á la sazon: "El procedimiento por el método de West se practicó hace seis semanas, y la marcha del caso no ha sido ni es favorable. El flujo que proviene del quiste es constante y algo fétido; la enferma se ha visto atormentada por una irritacion gástrica no interrumpida; el pulso es rápido; la piel seca, y la mucosa de la boca y los labios presenta tambien sequedad, y grietas. Es evidente que el caso terminará funestamente.[1]

Puede abrirse el quiste con el trócar y cánula largos de Scanzoni, ó con un bisturí largo.

El instrumento que representa la Fig. 179, es el mas ingenioso que se ha inventado para efectuar el drenaje por la vagina.

El método de Noeggerath es, sin embargo, á mi modo de ver, el mejor de todos.

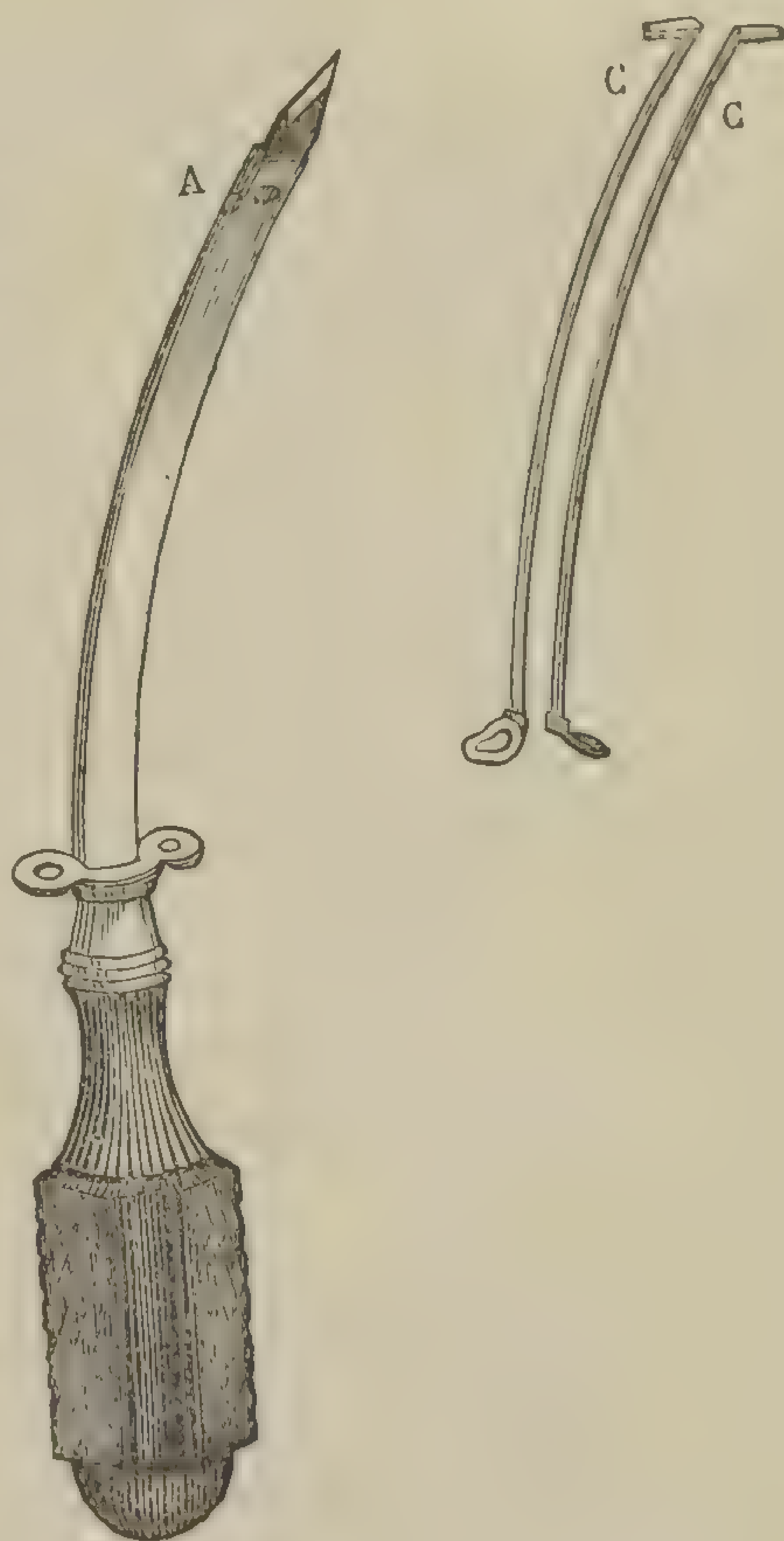


Fig. 179.—Trócar y cánula permanente de Maisonneuve. A, trócar encorvado, de punta de lanceta, y cánula con tres aberturas en su estremidad, por una de las cuales corre el líquido despues de retirado el trócar, miéntras que por las otras dos se proyectan los estremos de los alambres elásticos c c que impiden la salida de la cánula. (Wieland y Dubrisay.)

El imperfecto cuadro estadístico que mas adelante presento demuestra que se ha practicado frecuentemente el drenaje por las paredes abdominales en Inglaterra y Alemania, habiéndose dejado, en algunos casos, cánulas en la abertura practicada, miéntras que en otros se cosieron los labios de la herida del quiste á los de la abertura abdominal, y en otros se introdujeron en la cavidad quística hilaza, ó lechinos de lienzo ó de hilas.

Las curaciones por medio del drenaje son tan interesantes bajo el punto de vista del tratamiento de ciertos casos de carácter demasiado grave para la ovariotomía, como por ejemplo, aquellos en que el quiste está estensamente adherido á los intestinos, que me parece oportuno copiar la siguiente relacion publicada por el Dr. Pawling:[2]

[1] Esta enferma murió despues de peritonitis, que provino de la ulceracion de la pared quística, la cual perforó el peritoneo. La flegmasía quística y la septicemia se desarrollaron evidentemente poco despues de la operacion.

[2] Richmond and Louisville Med. Journ., diciembre, de 1870.

"En la creencia de que, vista su marcha progresiva, el mal tendría forzosamente un desenlace funesto, resolví ensayar un esperimento. Practiqué otra vez la puncion precisamente debajo del ombligo, y despues de haber dejado correr casi 12 litros de líquido, dilaté con un bisturí la abertura, lo suficiente para introducir en ella el dedo pequeño. En seguida hice, de tela suave de algodon, un lechino de 6 pulgadas de largo, que retorcí á fin de darle firmeza, é introduje uno de sus estremos hasta el fondo del saco, quedando fuera de la abertura como 2 pulgadas del lechino; alrededor del abdómen apliqué dos vendajes apretados, uno encima y otro debajo de la abertura abdominal, colocando sobre esta un emplasto de ungüento de basilicon sujeto por medio de un vendaje flojo. El lechino se sacó diariamente, apretándose cada vez mas el vendaje, hasta el dia 20 de agosto; un pus loable mezclado con un poco de serosidad salía libremente por el orificio; el volúmen del tumor disminuyó gradualmente, mejorando con rapidez la salud general de la enferma, la cual, el dia 30 de agosto, se encontraba buena, cicatrizada ya la abertura abdominal."

Incision.—Este procedimiento, que consiste simplemente en abrir el tumor por medio de una incision á traves de las paredes abdominales, puede practicarse en algunos casos de muy mal carácter en que son ineficaces la paracentésis, el drenaje y las inyecciones, á causa de la naturaleza multilocular del quiste, y en que las estensas adherencias que lo unen firmemente á las paredes del abdómen, contraindican la estirpacion.

Entraña esta operacion, que, despues de todo, no es mas que un método de drenaje, muchos peligros é inconvenientes para la enferma, la cual se ve muchas veces obligada á tolerar, por espacio de algunos meses despues de practicada aquella, un flujo fétido y debilitador. Baker Brown ha descrito gráfica y minuciosamente el procedimiento de Le Dran, que fué el primero que la practicó en 1836, consistiendo su método en abrir el tumor haciendo una incision de unas 4 pulgadas de longitud á traves de las paredes del abdómen, la que mantenía abierta durante cinco meses á beneficio de mechas de hilas y de una cánula de plomo. Si se creyere conveniente adoptar este método despues de incindido el abdómen, y en caso de no existir la union completa del quiste y las paredes abdominales, podrán coserse los labios de la herida de aquel á los de la abertura abdominal, procedimiento que recomienda Mr. Baker Brown. Récamier primero, y Tilt mas recientemente, han aconsejado que, ántes de hacer la incision en el abdómen, se provoque artificialmente, á favor de fontículos establecidos con algun escarótico, una inflamacion local que determine adherencias entre el saco y la pared abdominal; pero este plan no ha producido buenos resultados.

El tratamiento de los quistes ováricos por la incision y el drenaje, si bien no podrá popularizarse jamas por razon de su peligro, no caerá en desuso, por existir cierta clase de casos que no pueden tratarse de otra manera. Como ejemplo de lo que acabo de decir, se me ocurre un caso en que, habiendo hecho una incision abdominal, con objeto de

estirpar un quiste, descubrí al puncionarlo que su contenido era tan espeso, y estaba encerrado en tantos sacos, que, para evacuarlos, tuve que incindir el quiste principal y servirme de la mano. El tumor se encontraba adherido con tanta firmeza al hígado, al intestino grueso, y á otras partes inmediatas á los grandes vasos de la columna vertebral, que su estirpacion era de todo punto imposible. En virtud de esto, pues, evacué todos los quistes, cosí las paredes de estos á las del abdómen, cerré parcialmente la herida abdominal, y empleé despues inyecciones antisépticas y el drenaje. La enferma murió de pneumonía á los veinte y un dias; pero de no haber adoptado este procedimiento, ¿qué otro recurso me quedaba que ofreciese aun la menor posibilidad de vida á mi enferma?

Hubiera querido presentar un cuadro estadístico de los resultados del drenaje por las paredes abdominales; pero he encontrado tantas dificultades al distinguir esta operacion de los casos de simple puncion, en que se ha dejado abierta por algun tiempo la abertura, que me veo obligado á ofrecer solamente una imperfecta relacion de cierto número de casos tratados por la incision:

Cirujano.	Casos operados.	Curaciones.	Muertes.
Le Dran	2	2	0
I. B. Brown	3	0	3
Delaporte	1	0	1
Velpeau	1	1	0
Portal	1	1	0
Bonnemain	1	1	0
Ray	1	1	0
Bainbridge	2	1	1
Mussey	1	1	0
Prince	1	1	0
Djondi	1	1	0
Galennowsky	1	1	0
Buhring	3	1	2
Pagenstecher	1	1	0
Ollenroth	1	1	0
Douglass	1	1	0
Clay	2	2	0
Farrell	1	1	0
Hutchinson	1	0	1
Paget	1	0	1
Trowbridge	1	1	0
Weber	1	0	1
Thomas	3	1	2
Pawling	1	1	0
	33	21	12

En algunos de estos casos se llenó enteramente el saco de planchuelas de hilas saturadas en disoluciones escaróticas; en otros, se colocaron en su interior hebras de estambre ó de otras sustancias arrolladas

en forma de bolas, dejando que sus estremos colgasen fuera de la incision ; en otros, se introdujeron lechinos ; y en otros aun, se emplearon tubos de drenaje. La salida de líquido continuó por tiempo muy indeterminado, cesando en algunos casos á las pocas semanas, miéntras que en otros se produjo durante un período de ocho á doce meses.

Los hechos que acaban de presentarse demuestran que son grandes los peligros del procedimiento por la incision; pero no debemos olvidar tampoco que en cierta clase de casos puede ser muy útil. Si el tumor, por ejemplo, es multilocular, y presenta fuertes adherencias, puede practicarse con dos buenos resultados: 1°, permite mejor que ningun otro método que el cirujano alcance los quistes sucesivos; y 2°, ofrece probabilidades de curacion sin estirpar el saco, que vienen á estar en la relacion de 2 á 3. La evacuacion de un quiste grande se logra mejor por medio del drenaje simple ; pero este puede fracasar cuando hay numerosos quistes.

Inyeccion en el saco.—La insuficiencia de la puncion simple de los quistes ováricos indujo á Denman,[1] Bell, Hamilton, y otros, á inyectarlos con disoluciones de sulfato de zinc y otras sustancias, aunque sin buen resultado. El Dr. Alison, de Indiana, Estados Unidos, ensayó con éxito en 1846[2] la inyeccion de tintura de yodo, despues de repetidos esperimentos en la misma enferma ; y aunque posteriormente emplearon algunos dicho método en Francia y Alemania, no llegó á sistematizarse y á conquistar el rango de procedimiento legítimo hasta que M. Boinet, de Lyons, fijó en él su atencion. Trabajando este cirujano con gran entusiasmo, pronto adquirió larga esperiencia. Los ginecólogos de nuestra época han circunscrito mucho la esfera de la operacion, aunque todavía se practica en casos de quistes uniloculares de mediano volúmen, cuyo contenido no sea muy viscoso, ni esté cargado de sangre ó de pus. "La operacion, dice Peaslee,[3] fracasará cuando el flúido sea muy espeso y en alto grado albuminoso, grasiento, y gelatinoso." Wells[4] opina, que "en aquellos casos en que ha ocurrido una flegmasía del quiste despues de la puncion abdominal, vaginal ó rectal, y la enferma sufre á consecuencia de la absorcion de su contenido en estado de descomposicion, la inyeccion de yodo es en realidad útil, y es cuando á mi juicio debe recomendarse únicamente ;" y aun en dichas circunstancias la adopto sólo como auxiliar del drenaje. "La ciencia médica, dice Courty, manifiesta en la actualidad una tendencia marcada á desechar este tratamiento, cuyos peligros se revelan frecuentemente en resultados funestos."

El éxito de la inyeccion de yodo es bastante bueno cuando se practica en casos oportunos, y el procedimiento no es muy doloroso, produciendo por lo comun sólo una sensacion de quemadura, aunque á veces

[1] Simpson, ob. cit., p. 362.

[2] Peaslee, "Ovarian Tumors," p. 11.

[3] Ob. cit., p. 207.

[4] Ob. cit., p. 287.

el dolor es tan intenso, y tan grande la conmocion nerviosa, que llegan á causar la muerte, como sucedió en un caso publicado por Lowenhardt en el *Year-Book* de la Sociedad de Sydenham correspondiente á 1861. Boinet asegura que el dolor y la tendencia al colapso se deben á la entrada del líquido inyectado en el peritoneo, y no se manifiestan miéntras la inyeccion se limite al saco, opinion corroborada por el caso de Lowenhardt, en el cual el exámen cadavérico demostró que había en el peritoneo una "pequeña cantidad de yodo;" y aunque este autor no da gran importancia á semejante hecho, los síntomas de que murió la enferma eran, sin embargo, precisamente los mismos que se observan despues del paso de flúidos por las trompas uterinas.

Supónese en la actualidad que la inyeccion de yodo produce ciertas alteraciones en las paredes quísticas, y detiene de este modo la secrecion escesiva de líquido; repudiándose la teoría sostenida anteriormente, de ser su poder curativo debido al establecimiento de una flegmasía adhesiva en la pared del quiste.

De los 100 primeros casos de enfermedad quística del ovario que Boinet trató por este método, 62 se curaron, 16 murieron, y en 22 hubo mejoría; pero mas adelante, y despues de haber elegido sus casos con mas cuidado, obtuvo un éxito de 90 por 100, curándose 27 de los 29 últimos casos. Courty se espresa como sigue, con respecto á estos datos estadísticos: "Segun este respetable facultativo, curan las inyecciones 3 casos de cada 5, produciendo siempre una mejoría notable. Es de lamentar que resultados tan felices no se hayan reproducido en proporcion igualmente satisfactoria en la esperiencia de la mayoría de los médicos que se han valido del mismo método." Esta crítica, sin embargo, apénas puede considerarse justa, cuando vemos autoridad tan eminente como la de Velpeau presentar, en una discusion en la Academia de Medicina, un informe de 130 casos, no operados por él, de los cuales 64 se curaron y 30 terminaron funestamente. La misma estadística del Dr. West, cuya estremada exactitud de observador es notoria, prueba que las inyecciones de yodo no son tan peligrosas como supone M. Courty. El cuadro que sigue presenta los resultados obtenidos por otros operadores.

Autores.	Núm. de casos.	Curaciones.	Fracasos.	Muertes.	En duda.
Cazeaux	62	48	11	3	..
Gunther	158	32	61	59	..
Simpson	40 ó 50 (?)	..	..	1	..
Scanzoni	4	..	..	4	..
West	10	3	6	1	..
Tyler Smith	12	2	9	1	..
Peaslee	6	1	3	1	1

Wells empleó este método en 8 casos, y no produjo en 6 de ellos mas beneficio que el que hubiera podido obtenerse por la puncion; pero

en 2 quistes, cuyo contenido era trasparente, el líquido no se reprodujo durante dos años. En casos como estos últimos, sin embargo, la puncion produce la curacion muchas veces.

Boinet emplea siempre la misma cantidad de líquido para la inyeccion, sin tener en cuenta la capacidad del quiste, pues opina que basta sólo con poner el líquido alterante en contacto con toda la superficie enferma. Su método, que mas adelante describiremos, consiste en inyectar 180 gramos de la siguiente composicion, que estrae despues de haberlo puesto en contacto con toda la superficie enferma, por medio de una agitacion suave.

℞. Agua destilada,	℥ xxv,	=	90 gramos.
Tintura de yodo (Codex),	℥ xxv,		90 "
Yoduro potásico,	℥ j,		4 "
Acido tánico,	℥ ss,		2 "

Mézclese.

Otros operadores han empleado la tintura de yodo pura.

Algunas veces se manifiestan síntomas desagradables, aunque no peligrosos, si se deja permanecer en el saco una gran cantidad de esta droga ; pero jamas ha ocurrido el envenenamiento por el yodo ni una flegmasía destructora de las paredes quísticas, aun dejando dentro toda la cantidad inyectada. Es indudable que resultan ciertos perjuicios de semejante práctica, lo mismo que de la entrada del líquido sobrante en el peritoneo, y no son apreciables las ventajas que pueda proporcionar ese procedimiento.

Boinet practica la inyeccion de la manera siguiente: introducido un trócar con su cánula, evacúa el contenido del quiste. En seguida pasa por la cánula bien adentro en la cavidad de aquel un cáteter flexible, á traves del cual, y por medio de una jeringa de goma dura, inyecta el líquido, que deja permanecer en el saco durante diez ó quince minutos, al cabo de los cuales permite su escape ó lo estrae con la jeringa. El cáteter queda puesto por espacio de algunos dias ó semanas, sirviéndose de él para inyectar, ántes que haya trascurrido mucho tiempo, una disolucion dos veces mas cargada de yodo ; y mas tarde, á medida que se contrae el quiste, de tintura de yodo pura. Todos los demas cirujanos retiran el cáteter inmediatamente, cierran con cuidado la herida con esparadrapo, aplican una compresa y vendaje, y mantienen la enferma en el mas absoluto reposo, sin permitirla que cambie de postura.

Paréceme á mí que no debe dejarse el cáteter con objeto de hacer las inyecciones subsecuentes, sino en la puncion vaginal seguida del drenaje.

He recurrido últimamente en varios casos al aspirador, para evacuar el quiste ovárico, inyectándolo despues, sin separar la aguja ó cánula, con tintura de yodo, y estrayendo esta al cabo de diez minutos con el mismo instrumento. Es un método sencillísimo, seguro y eficaz de

practicar esta operacion, y está llamado á sustituir al esplicado anteriormente, pues posee todas sus ventajas y está exento de casi todos sus peligros.

El mal puede aun reproducirse años despues de la obliteracion de la cavidad inyectada, proviniendo probablemente del desarrollo de un quiste pequeño, cuyo crecimiento fué retardado por la influencia alterante del remedio, sin que su vitalidad quedara totalmente destruida.

Resúmen.—Ya hemos tratado de los siguientes medios quirúrgicos para la curacion de los tumores flúidos del ovario:

Puncion;
Drenaje;
Incision;
Inyeccion.

Antes de concluir, voy á indicar las condiciones que los hacen convenientes, segun los casos:

1ª. La paracentésis, ó puncion, puede practicarse como medio paliativo, en toda clase de tumor quístico del ovario; y como medio curativo, sólo merece confianza en los quistes de los ligamentos anchos, y en otros pelvianos que clínicamente se asemejan mucho al cistoma ovárico, pero que histológicamente se diferencian de él mucho.

2ª. La esfera propia é importante del drenaje se encuentra en aquellos quistes que, aprisionados en la pélvis por adherencias, son de fácil acceso por la vagina, ó que, habiéndose adherido á las vísceras abdominales, no pueden ser estirpados por la ovariotomía. Este procedimiento puede asimismo intentarse en los tumores pequeños oligoquísticos, con la esperanza de evitar mas tarde la ovariotomía.

3ª. La incision es un recurso estremo que permite al cirujano destruir libremente los quistes de un tumor multilocular, cuya conexion con vísceras importantes del abdómen sea tan íntima, que haga completamente imposible la estirpacion.

4ª. Las inyecciones de yodo, que pueden combinarse ventajosamente con el drenaje, se emplearán solas únicamente por evitar mas tarde la estirpacion del ovario enfermo, en quistes de volúmen mediano que presenten pocas células y que contengan un flúido no muy viscoso ni espeso.

CAPÍTULO XLVI.

OVARIOTOMÍA.

Definicion.—La ovariotomía, ú ooforectomía, como Peaslee propone que se la llame para mayor exactitud filológica, consiste en la estirpacion de los ovarios enfermos.

Historia.—La historia de la operacion sólo se remonta á fecha muy reciente. Los que han escrito acerca de ella han citado autores antiguos, como prueba de que ya en los primeros tiempos de Grecia solían estirparse los ovarios en los animales inferiores, de la manera que hoy se hace : hecho que ponen fuera de duda los escritos de Aristóteles. Ha llegado á asegurarse que los lidios castraban á la mujer, á fin de que pudiera servir de eunuca ; y Wierus nos dice que en épocas mas recientes un porquerizo húngaro, exasperado por la lujuria de su hija, le estirpó ámbos ovarios, como acostumbraba hacerlo con sus animales, con la esperanza de que tal proceder reformaría las inclinaciones de aquella. A fines del siglo diez y ocho el Dr. Percival Pott, de Inglaterra, estirpó los dos ovarios, que habían descendido á los canales inguinales. Pero todo esto, aunque tiene interés bajo un punto de vista fisiológico, es ajeno del procedimiento de la ovariotomía, en la verdadera acepcion de la palabra ; pues en un caso se estrajo de la cavidad peritoneal sana una glándula pequeña, sana tambien y casi sin sangre, miéntras que en el otro, se trata de estirpar un saco enorme, con grandes vasos sanguíneos, y que muchas veces ha contraido adherencias con el peritoneo enfermo.

La idea misma de estirpar quistes ováricos de gran volúmen, no es moderna, pues ya fué discutida en 1685 por Schorkopff, por Schlenker en 1722, por Willius en 1731, por Peyer en 1751, y por Targioni en 1752, llegando Delaporte, en 1758, hasta proponer formalmente la operacion ante la Real Academia de Cirujía. A fines del siglo diez y ocho, no cayeron en el olvido las sugestiones de los escritores mencionados, sino que se repitieron de vez en cuando por algunos, entre los cuales

se cuentan John Hunter en 1787, y despues William Hunter. Chambon se aventuró á pronosticar, en 1798, que el procedimiento llegaría á ser un recurso quirúrgico legítimo, y Samuel d'Escher, estudiante de Monpeller, propuso en 1808[1] un plan específico para su ejecucion, basado en la enseñanza de M. Thumin, uno de sus maestros.

En 1786 estuvo un observador muy á pique de hacer este gran descubrimiento, mucho mas que Laumonier á quien algunos se lo atribuyen, y, sin embargo, dejó de sistematizarlo como medio quirúrgico. Reconoció y apreció un *hecho*, como tantos otros ántes y despues de su época, pero no enlazó este con una *ley*. Lo que á continuacion se trascribe está tomado de una obra escrita por el inglés Thomas Kirkland, y publicada en Lóndres en aquel año, con el título de "*An Inquiry into the Present State of Medical Surgery:*"[2]

"Una mujer entre los 20 y 30 años de edad padecía ascitis, por cuya razon se había practicado dos veces la paracentésis, evacuando en ámbas ocasiones una gran cantidad de líquido; pero despues de la última puncion la herida no cicatrizó, y proyectándose por ella al cabo de poco tiempo una sustancia cuya naturaleza no pudieron determinar, se me llamó para que viera á la enferma. Lo que salía por la herida formaba evidentemente parte de un quiste, y como ya había ensanchado la abertura, persuadí á la enferma á dejar que la agrandara todavía mas, con la esperanza de que se presentase mejor oportunidad de buscar alivio. Siguiendo este plan, á los diez ó quince dias era mucho mayor la parte saliente, y estraje gradualmente, con ayuda de un lienzo seco, un quiste que podría contener de 20 á 30 litros de agua. Inmediatamente despues salió mas de un litro de pus, y continuó saliendo diariamente por algun tiempo, mejorándose la mujer, sin hacer otra cosa que cuidar de la limpieza local, hasta el punto de ser despues madre de varios hijos."

Mas adelante dice en la misma obra:

"Ya hemos citado un caso (p. 195) en que la estirpacion de un quiste curó la ascitis; y al ver que en las hidropesías enquistadas del abdómen son inútiles los medicamentos ¿no sería cosa de pensar si no podría á veces curarse la enferma, agrandando la herida, comprimiendo el quiste hácia adelante, y vaciándolo, cuando no presenta conexion con las partes adyacentes y despues de sacada el agua toda?"

Pasa en seguida á examinar las dificultades que se encontrarían y las objeciones que podrían hacerse á la operacion, y concluye diciendo:

"A los que juzguen que el asunto es digno de estudio, les ofrezco ahora estas indicaciones, y el tiempo probablemente resolverá la cuestion."

Así, pues, al avanzar desde épocas mas remotas á los principios del siglo diez y nueve, vemos que los ánimos de los médicos van preparán-

[1] Traduccion francesa de Churchill, on "Diseases of Women," por Wieland y Dubrisay.
[2] Med. Record, 15 de junio de 1867.

dose gradualmente á aceptar la ovariotomía, conforme va aproximándose, paso á paso, su consumacion ; pero hasta entónces sólo se habían promulgado ideas, profecías y sugestiones, y practicádose el procedimiento por casualidad, ó en ovarios sanos.

La primera operacion verdadera de ovariotomía fué practicada por vez primera y con buen éxito, en 1809 por el Dr. Ephraim McDowell, de Kentucky. Su primer caso terminó favorablemente, sobreviviendo la enferma 25 años ; y despues operó 13 veces con 8 resultados felices. Puede afirmarse con toda seguridad que no existe otra operacion cuya historia haya sido escudriñada con mayor interés, y que hasta ahora no puede ser mas evidente el que á McDowell pertenece la gloria de prioridad en su práctica. Es interesante examinar las pretensiones rivales que se han manifestado en este punto. La primera por órden cronológico es la del Dr. Houstoun,[1] de Escocia, que operó en 1701, y cuyo caso, dice Mr. Wells,[2] "parece indicar que la ovariotomía es hija de la cirujía inglesa, nacida en tierra británica," aserto que causará sorpresa, aunque dejará de llamar la atencion la pretension del operador, cuando se diga que Houstoun en ningun lugar pretende haber estirpado el quiste, ni siquiera parte de él, sino que simplemente trató con buen éxito, por la incision, un caso de quiste ovárico.

La segunda es la de Laumonier, de Francia, del cual dice Baker Brown : "El primero que intentó la estirpacion parece haber sido Aumonier, de Rouen, quien la ejecutó con buen éxito en 1782;" pero segun ha indicado el Dr. Parvin, se equivocó Mr. Brown en tres cosas, á saber : el hecho, el nombre del operador, y la fecha de la operacion. La supuesta ovariotomía fué practicada por Laumonier en 1776, y fué realmente la abertura de un abceso de la pélvis.

La tercera es la de Dzondi, de Halle, y no hay que fijarse en ella, supuesto que se practicó en un muchacho.

El Dr. Nathan Smith, de este país, operó con buen éxito en 1821, y dos años despues el Dr. Lizars trató de introducir el procedimiento en Escocia ; pero las cuatro operaciones que practicó no tuvieron buen resultado. En uno de los casos no se estirpó el tumor, por ser uterino : en otro, no pudo descubrirse tumor despues de abierto el abdómen ; y de los dos en que practicó la ovariotomía, uno terminó funestamente.

Desde 1823, Atlee, Peaslee, Kimball, y Dunlap, han ejercido gran influencia en sistematizar la operacion en América ; y en Inglaterra, el Dr. Charles Clay la hizo presente á la facultad en 1840, apoyándole en seguida hábilmente Lane, Wells, Keith, Bryant, Baker Brown, y otros muchos, cuyos nombres se han hecho famosos en los anales de la ovariotomía.

"Solamente en los últimos cinco años ha adelantado mucho esta operacion en Alemania, dice Grenser, pues, desgraciadamente, parece

[1] Amer. Journ. of Med. Sciences, 1849, t. vii, p. 534. [2] Ob. cit., p. 299.

que durante mucho tiempo tuvo allí mal éxito, levantándose contra ella la voz de las eminencias de aquel país. De las tres primeras mujeres operadas por Chrysmar, en Wurtemberg, murieron dos; y lo alcanzado por este cirujano, que comenzó á operar en 1819, no fué por cierto lo mas á propósito para popularizar un procedimiento nuevo y peligroso. El gran Dieffenbach, en 1828, se pronunció contra la operacion en estos fuertes términos: "Muy insensato debe ser el que considere la abertura del abdómen como cosa trivial, ó crea, como al parecer cree Lizars, que las dificultades que se encuentran son pequeñas, y que el procedimiento no es mas peligroso que otras operaciones; á mí me basta con un solo caso."[1] El "solo caso" á que este autor alude, y del cual dedujo una conclusion tan violenta como ilógica, fué una operacion incompleta. Pero á pesar de la poderosa influencia adversa de semejante opinion, Quittenbaum en 1835, Stilling en 1841, y Martin en 1851, operaron en unos cuantos casos con resultados varios. Escribiendo entónces Grenser acerca de la operacion, cuando desacreditada por el mal éxito continuo no había podido conquistarse la confianza de la facultad, dice: "La mayor parte de las ovariotomías practicadas durante los últimos cuarenta años tuvieron un desenlace funesto, y por consiguiente no pudo la operacion ser digna de confianza, y acabó de perder el crédito cuando el célebre Dieffenbach se declaró en su contra." Ya se ha dicho cuál era el parecer de Dieffenbach, en 1828; veamos cómo lo modificó una esperiencia de veinte años. En 1848 escribía: "La operacion no aprovecha á la enferma ni al cirujano; y ni razonable ni útil parece la idea de abrir el abdómen de una mujer enferma y caquética, afectada de un tumor duro del ovario, ni siquiera la de emplear el método de Lizars, por incisiones cruzadas, á fin de estirpar el tumor á la fuerza." Modificó su opinion algun tanto cuando el tumor era flúido, de poco tamaño y movible. Así se espresaba la gran lumbrera de la cirujía alemana, y miéntras escribía en tales términos, los cirujanos ingleses y americanos enriquecían la ciencia con los grandes resultados que obtenían para la humanidad en el mismo terreno. No se suponga que no se hacían progresos en la misma patria de Dieffenbach, pues Stilling, Büring, y otros, seguían adelante con la obra, anunciando el último en 1850 lo que ha sido un adelanto importante, á saber: que las adherencias no contraindican la estirpacion.

Edward Martin declaró en 1852 que ya no se trataba de la conveniencia y eficacia de la ovariotomía, sino de las circunstancias favorables al éxito, y casi todas sus reglas para operar son escelentes, aun con los conocimientos que en la actualidad poseemos.

En la misma época, sobre poco mas ó menos, se levantó la voz de Kiwisch, en contra de la operacion. Reunió[2] los datos de 54 casos, de los cuales 51 terminaron por la muerte, y dedujo que seguramente mo-

[1] Grenser, "Memoria sobre la Ovariotomía en Alemania."

[2] Grenser, ob. cit.

rían mas de la mitad de las mujeres operadas. Poco despues de Kiwisch se declararon Scanzoni y Gustav Simon en contra del procedimiento, y esto aumentó tanto su impopularidad, que segun Grenser, "su misma existencia se vió amenazada." Esta oposicion duró, segun parece, hasta el año de 1864, en que hubo una reaccion favorable, y cuenta en la actualidad entre los que la defienden á Breslau, Gusserow, Hildebrandt, Spiegelberg, Martin, Stilling, Veit, Wagner, y Billroth. En 1871 Grenser reunió datos estadísticos de 129 operaciones practicadas en Alemania, en 60 de las cuales, ó poco ménos de la mitad, se obtuvo buen éxito. Cuando se comparan estos resultados con los de Inglaterra y América, se ve que Alemania está muy atrasada todavía; pero nos ha enseñado la esperiencia con cuánta prontitud y seguridad se pondrá al nivel de otras naciones en este particular, del mismo modo que en todos los demas adelantos y mejoras. La memoria de Grenser sobre la ovariotomía en Alemania, y otra sobre la operacion en Inglaterra, influirán mucho sin duda en que se alcance este resultado.

Segun Grenser debemos á Alemania dos de los adelantos mas importantes que se han hecho en la operacion, desde el tiempo de McDowell, á saber: 1°, la adopcion de la incision pequeña y puncion del quiste *in sitú*, ideada por Quittenbaum; y 2°, el tratamiento esterno del pedículo, del cual dice, que no fué Duffin en 1850, sino Stilling en 1841, quien primero recurrió á él é insistió acerca de sus ventajas. Martin, en 1849, fué el primero en asegurar el pedículo á los labios de la herida; y aunque en Alemania se han hecho otros adelantos, cito sólo aquellos que han ejercido una influencia decisiva en la operacion.

El procedimiento fué introducido en Francia, ó "reintroducido," como dicen algunos escritores franceses,[1] por el Dr. Woyerkowski, en 1844, practicándolo despues Vaullegeard, en 1847, y mas tarde Nélaton, Maisonneuve, Jobert, Demarquay, y otros cirujanos de Paris, con resultados que lo hicieron caer en un descrédito de que viene á levantarse ahora, gracias á los trabajos de Jules Worms, Ollier, Labalbary, Vegas, y sobre todo á los de Koeberlé, de Estrasburgo. Cuando digamos que todos estos trabajos han visto la luz despues del año 1862, podrá apreciarse cuán reciente ha sido en Francia la aceptacion favorable de este procedimiento.

En 1867 M. Boinet leyó ante la Academia de Medicina una memoria[2] en que defendía enérgicamente la operacion, y condenaba "la timidez de los cirujanos franceses que por tanto tiempo habían retrocedido ante aquella."

Péan, de Paris, hasta julio de 1868, había operado 10 veces, curando 7 de sus casos; y de 32 operaciones en 1870 y 1871, 26 terminaron felizmente. Este cirujano publicó en 1873 una obra sobre la *Histero-*

[1] Wieland y Dubrisay, traductores franceses de Churchill.
[2] N. Y. Med. Record, Julio de 1867.

tomía en casos de Fibroides y Fibro-quistes, en la que asegura, que de cada 9 operaciones 7 obtuvieron buen resultado, aserto que indica mejor que otra ninguna prueba el adelanto de la operacion y el aumento rápidamente progresivo del arrojo y habilidad de los cirujanos franceses.

En casi todos los países civilizados del globo se ha practicado ya la ovariotomía, y repetidas veces en la mayor parte de ellos. Sköldberg ha operado en Suecia en 21 casos, de los cuales 17 terminaron felizmente.

Al concluir esta reseña histórica de la ovariotomía, puede decirse que la idea de dicha operacion con todos sus tiempos tuvo orígen en Europa hace mas de un siglo, debiéndose al Dr. McDowell la realizacion (que M. Piorry llama *une audace Américaine*), y nacieron en la Gran Bretaña muchos de los adelantos introducidos despues. Este procedimiento eminentemente anglo-americano, ha venido á adquirir carta de naturaleza en Francia y Alemania sólo en los diez últimos años, pero en ámbos países no se sostiene únicamente, sino que mejora y avanza hácia su perfeccion.

Variedades.—Existen dos procedimientos distintos: la ovariotomía abdominal, en que el quiste se estirpa por la incision practicada en las paredes del abdómen; y la ovariotomía vaginal, en que se estirpa un quiste pequeño por la incision hecha en el fondo de la vagina. Las operaciones incompletas, ó aquellas en que sólo se estrae una parte del quiste, han sido tambien incluidas en la primera clase, aunque muy impropiamente, pues la estirpacion incompleta constituye un procedimiento en un todo diferente, que se conoce con el nombre de escision parcial.

Ya se ha dicho que la estirpacion de los ovarios no atacados de enfermedad, se practicó probablemente en tiempos muy remotos y con fines que no eran por cierto científicos, si hemos de dar crédito á las vagas alusiones relativas al asunto que han llegado hasta nosotros. Recientemente, el Dr. Robert Battey,[1] de Georgia, ha recomendado y practicado la ablacion de los ovarios, con objeto de establecer inmediatamente la menopáusis, y curar de este modo ciertos fenómenos nerviosos muy graves y males incurables que son escitados por la ovulacion y la menstruacion. Las circunstancias en que propone se recurra al procedimiento son las que á continuacion se copian, con sus propias palabras:

"Lo que propongo es lo siguiente: *la ovariotomía para determinar la menopáusis, y que esta sirva para* TODA ENFERMEDAD GRAVE, *incurable de otro modo y curable con la cesacion de las reglas.* . . . . He propuesto á vuestra aceptacion una nueva operacion quirúrgica, cuya concepcion, perfeccionamiento y feliz ejecucion creo son originales mios. Ya he relatado la historia del caso hasta el presente, y tratado de demostrar que la menopáusis era un remedio razonable

[1] Essay before Ga. Med. Association, Abril de 1873.

para las condiciones morbosas que se presentaron en el caso; y que era tambien razonable esperar que la estirpacion de los ovarios determinaría la cesacion de las reglas. Os he suplicado que os atengais firmemente á la fe en la teoría de la menstruacion ovular, á pesar de algunos resultados anómalos de la ovariotomía doble."

Esta, como todas las demas innovaciones atrevidas en medicina, tendrá que arrostrar una reñida oposicion y someterse á la prueba de la esperiencia; y aunque todavía muy en su infancia para que podamos decidir acerca de sus méritos, y admitiendo que es sin duda un procedimiento de que puede abusarse notablemente, me aventuro, sin embargo, á opinar que le espera en el porvenir abundancia de buenos resultados. Desde que se publicó la memoria del Dr. Battey, he tenido un caso en el Woman's Hospital, que á mi juicio reclamaba la operacion y en que la ejecuté con buen éxito, despues de obtener la aprobacion mas completa de mis colegas, los doctores Sims, Metcalfe, Peaslee, y Fordyce Barker; y aunque sólo han trascurrido tres meses, período demasiado breve para justificar una relacion del caso, puedo decir aquí que ha mejorado mucho el estado de la enferma.

Ventajas de la ovariotomía.—Las ventajas de la operacion son estas: nos da el medio de estraer tumores duros y poliquísticos que no son curables por ningun otro método y de estirpar los uniloculares que han resistido á todos los demas procedimientos: y aunque son grandes sus peligros, ofrece muchas veces mejor probabilidad de buen éxito que ninguno de los otros planes mencionados para el tratamiento de estos tumores; y cuando estos fracasan, queda siempre la ovariotomía como una esperanza razonable para la enferma, cuya vida, sin la intervencion del arte, terminaría probablemente á los tres ó cuatro años.

Peligros.—Los graves y numerosos peligros de la operacion pueden verse de una ojeada en el cuadro siguiente, preparado por el Dr. Peaslee segun las pruebas cadavéricas de 50 casos:

Peritonitis	12	Estrangulacion del intestino en la herida	1
Septicemia	9	Diarrea	1
Conmocion, ó colapso	7	Erisipela	1
Agotamiento de las fuerzas	7	Tétanos	1
Conmocion y septicemia	1	Ulceracion á traves de la vejiga	1
Hemorragia	9		
Causa desconocida	9		

La tabla que precede demuestra que la peritonitis fué la causa de la muerte de una cuarta parte de las mujeres que fallecieron á consecuencia de la operacion, y la septicemia, ó la absorcion de sustancias pútridas, de una sesta parte. Despues de estas causas, vienen aquellas que son efecto directo de la influencia que la operacion tiene en alterar el sistema nervioso.

El Dr. John Clay hace el siguiente análisis de las causas de muerte, en 150 operaciones desgraciadas, que refiere en sus cuadros:

Conmocion ó colapso	25
Hemorragia	24
Peritonitis	64
Flebitis	1
Tétanos	2
Afecciones intestinales	6
Abcesos	3
Enfermedades del pecho	4
Congestion cerebral	1
Diabetes	1
Causa desconocida	19
	150

Aquí tambien aparece ser la peritonitis la secuela funesta mas frecuente de la operacion, siguiendo despues la conmocion ó colapso y la hemorragia; de todas las demas causas mencionadas no hay ninguna relacionada particularmente con la operacion.

De 45 operaciones mias, acabadas, 17 terminaron funestamente, siendo las causas de la muerte las siguientes:

En 4 casos, peritonitis.
" 1 " rotura del pedículo á los 14 dias.
" 1 " pneumonía á los 21 dias.
" 2 " vómitos constantes y prolongados.
" 1 " gangrena del peritoneo.
" 3 " conmocion.
" 5 " septicemia.

No cabe duda de que la peritonitis en estos casos es las mas veces consecuencia de la esposicion inmediata del peritoneo á la manipulacion, é influencias atmosféricas; pero dicha afeccion, así como la septicemia, que el porvenir creo demostrará ser una causa mucho mas comun de la muerte, de lo que en la actualidad se supone, son indudablemente en muchos casos resultado de las condiciones siguientes:

1ª. Putrefaccion de la sangre y del contenido del saco que quedan en el peritoneo, ó que penetran dentro de esta serosa por los vasos pequeños de las adherencias rotas.

2ª. Putrefaccion del muñon, por la parte esterior de la ligadura de sus vasos sanguíneos (?).

3ª. Flebitis, determinada por la ligadura de las venas del muñon.

4ª. Derrame de pus dentro del peritoneo á consecuencia de no haberse cerrado completamente los bordes peritoneales de la incision abdominal.

5ª. Irritacion del peritoneo por cuerpos estraños, (ligaduras,) dejados en su cavidad.

Dada la verdad de estas proposiciones, las indicaciones que se presentan por sí mismas, á fin de evitar el peligro, serán:

1ª. No dejar en el peritoneo ningun flúido que sea susceptible de putrefaccion.

2ª. Impedir la hemorragia secundaria, conteniendo cuidadosamente

todo flujo, ántes de cerrar la herida abdominal, por medio de ligaduras, torsion, cauterio actual y persulfato de hierro.

3ª. Evitar que éntre pus en el peritoneo, uniendo la herida abdominal, en sus dos aspectos cutáneo y peritoneal.

4ª. Evitar, en cuanto sea posible, el dejar cuerpos estraños en la cavidad del peritoneo; y cuando las ligaduras son indispensables, emplear como tales las sustancias mas inocentes.

5ª. Preparar los medios para limpiar el peritoneo, ántes de cerrar la herida abdominal, siempre que sea probable la acumulacion de sustancias pútridas en el abdómen.

Estadística de la ovariotomía.—Pasó ya el tiempo en que era preciso discutir primeramente, al tratar de la ovariotomía, si era ó no un procedimiento quirúrgico legítimo. Esta operacion cuenta hoy, no sólo con la aprobacion verbal de los cirujanos y tocólogos mas célebres del mundo, sino con el testimonio mas positivo aun, de que estos recurran á ella en los casos que la reclaman. Las autoridades eminentes que sancionan su práctica son tantas, y el asunto ha sido investigado con tanta minuciosidad por escritores modernos, que me parece innecesario examinarlo mas detenidamente. Pero, además de esto, pueden indicarse como contestacion á aquella pregunta, los resultados y la rápida propagacion del procedimiento en Inglaterra y América, y últimamente en Alemania y Francia; resultados que son tan plenamente favorables como los de las otras principales operaciones de gravedad. En América, de 660 operaciones reunidas en un cuadro por Peaslee,[1] 453 tuvieron buen éxito. El que lea sin reflexionar, la gran proporcion de muertes que presenta este peligroso procedimiento quirúrgico, se espone á olvidar los malos resultados que suelen entrañar todas las operaciones de cirujía. Comparémoslos, por ejemplo, con los publicados este año por el comité[2] del consejo de médicos del Bellevue Hospital de esta ciudad. El período incluido es de enero de 1872, á junio de 1873: Número de amputaciones, escluyendo las de los dedos de las manos y de los piés, 58; curaciones, 26; muertes, 28; las causas de la muerte fueron: 4, conmocion; 2, hemorragia secundaria; 1, tétanos; 11, pioemia; 1, gangrena de hospital; 8, agotamiento; y 1, osteo-mielitis. Amputaciones de la mano, 5; curaciones, 2; muertes, 3. Amputaciones del antebrazo, 4; curaciones, 3; muertes, 1. Amputaciones del brazo, incluyendo las del hombro, 11; curaciones, 6; muertes, 5. Amputaciones del muslo, 3; curaciones, 1; muertes, 2. Amputaciones de la pierna, incluyendo las de la rodilla, 28; curaciones, 15; muertes, 13. Amputaciones del pié, 8; curaciones, 4; muertes, 4. Amputaciones en casos de enfermedad, 9; de traumatismo, 49. En un caso se amputaron ámbos antebrazos; en dos, ámbas piernas; y en dos, ámbos piés.

Un miembro de este comité examinó los datos estadísticos del St. George's Hospital, de Lóndres, correspondientes á los años 1867 y 1868,

[1] Ob. cit., p. 248. [2] Informe de los doctores Janeway, Sayre, y Loomis.

y obtuvo los siguientes resultados: Amputaciones, 54; curaciones, 27; amputaciones en casos de enfermedad, 32; muertes por pioemia, 11. Las mas entre estas amputaciones fueron de muslo, pierna y pié.

La estadística formada por diferentes escritores, durante los diez últimos años, dan una idea aproximada de la rapidez con que ha sido aceptada la ovariotomía:

En 1856, el Dr. Lyman,[1] reunió	212	casos.
En 1860, el Dr. John Clay,[2] "	425	"
En 1864, el Dr. Peaslee,[3] elevó el número á	787	"

Es difícil presentar con perfecta equidad la estadística referente á este asunto, pues la operacion es nueva, y aunque simple en sus detalles, depende su éxito en tan alto grado de puntos pequeños y á primera vista insignificantes, al parecer, que no pueden admitirse, en justicia, los datos de los operadores inespertos. El cuadro preparado por el Profesor Simpson, en que se comparan los resultados primeros con los mas recientes de los ovariotomistas mas célebres, corrobora lo que acabamos de decir:

En las	20 primeras	operaciones	del Dr. Clay,	murió	1	en cada	$2\frac{1}{2}$.
"	20 segundas	"	"	"	"	1	"	$3\frac{1}{3}$.
"	20 terceras	"	"	"	"	1	"	4.
"	50 primeras	"	de Mr. S. Wells,	"	1	"	2.
"	50 segundas	"	"	"	"	1	"	3.
"	50 terceras	"	"	"	"	1	"	4.
"	20 primeras	"	del Dr. Keith,	"	1	"	$3\frac{1}{2}$.
"	20 segundas	"	"	"	"	1	"	$6\frac{2}{3}$.
"	101 primeras	"	por el Dr. Atlee,	"	1	"	$2\frac{2}{3}\frac{5}{8}$.
"	78 siguientes	"	"	"	"	1	"	$3\frac{5}{7}$.

La diferencia entre la estadística de Alemania y las de Inglaterra y América, es tan notable, que es forzoso convenir con el Dr. Atlee,[4] de Filadelfia, en que "la mortalidad en Alemania es escesiva y debe existir un defecto en alguna parte; pudiendo la falta de buen éxito de los cirujanos alemanes ser debida en mucha parte á su gran temor de abrir libremente la cavidad abdominal y á su método de tratar el pedículo." Simon afirma que de 61 operaciones se obtuvo completa mejoría en sólo 12; y Scanzoni,[5] al esponer los motivos que le hacen rechazar la operacion, alude á ella como "un procedimiento por el cual Langenbeck ha perdido 5 de cada 6 enfermas operadas, y Kiwisch 4 de cada 5."

El Dr. Paul Grenser, de Alemania, despues de permanecer seis meses en Inglaterra, con el objeto de estudiar este punto, ha publicado recientemente un informe concienzudo de los resultados de sus observaciones, con referencia al cual copio el siguiente estracto, del Dr. Brandeis,[6] de Kentucky:

"Grenser opina que el secreto de aventajar los cirujanos ingleses á los de las demas naciones en el éxito obtenido en la ovariotomía, se encuentra en el tem-

[1] Prize Essay Mass. Med. Soc. [2] Translation of Kiwisch on Ovaries.
[3] "On Ovariotomy," Trans. Acad. Med., N. Y. [4] Gardner's Notes to Scanzoni, p. 255.
[5] Ob. cit., p. 471. [6] Richmond and Louisville Med. Journ., Abril, 1871.

peramento tranquilo y calmoso, robustez, y bien nutrido sistema de las inglesas; en la eleccion oportuna de localidad; en la buena ventilacion de los cuartos, elegidos en el segundo ó tercer piso, léjos de personas afectadas de enfermedades graves; en el gran número de precauciones que se toman; en la mayor habilidad de los operadores; y en la adecuada educacion de las enfermeras."

Como mi objeto no es hacer una estadística completa de la ovariotomía, (lo que además pecaría de inoportuno en una obra del carácter de esta,) sino simplemente dar al práctico ciertos hechos que le sirvan de norma para decidir en pro ó en contra del procedimiento á la cabecera de la enferma, me contentaré con esponer los resultados obtenidos por operadores que se han hecho célebres en dicha operacion durante los quince últimos años. En el cuadro que sigue, los nombres de los que han operado en Europa los tomamos principalmente del informe publicado por Grenser en 1871; poseyendo pruebas personales de casi todos los que han operado en América. La relacion en la mayoría de los casos llega hasta 1871, mencionándose las escepciones.

Para no cansar al lector con detalles innecesarios, no se han incluido en este cuadro los datos de cirujanos que hayan operado ménos de 5 veces.

Operador.	País.	Número de casos.	Curaciones.	Muertes.	Autoridad.
Spencer Wells	Inglaterra	400	293	107	Comunicacion personal al Dr. Peaslee.
Clay	"	210	138	72	El Dr. Grenser.[1]
Baker Brown	"	120	84	36	" "
Keith	"	100	81	19	"*Lancet*," Agosto, 1870.
Bryant[2]	"	28	17	11	El Dr. Grenser.
Willett	"	12	4	8	El Dr. Brandeis.[3]
Tyler Smith (hasta 1866)	"	17	14	3	
Nüssbaum	Alemania	34	18	16	El Dr. Grenser.[4]
Spiegelberg	"	16	10	6	" "
Koeberlé	"	69	42	21	El Dr. Peaslee.
Stilling	"	17	8	9	" "
Skoeldberg	Suecia	21	17	4	*N. Y. Med. Journ.*, Mayo, 1870.
W. L. Atlee	Estados Unidos	242	"⅔ de las mujeres operadas se curaron."		Comunicacion personal.
Kimball	"	130	86	44	" "
Dunlap	"	60	48	12	" "
Bradford	"	31	28	3	*Rd. & L. Med. Journ.*, Abril, 1871.
Peaslee	"	26	17	9	Comunicacion personal.
White	"	25	17	8	" "
Marion Sims	"	12	10	2	" "
Emmet	"	17	8	9	" "
Kammerer	"	5	1	4	" "
McRuer	"	22	16	6	El Dr. Peaslee.
Axford	"	7	5	2	Comunicacion personal.
Allen Smith	"	5	2	3	El Dr. Blanton.
Noeggerath	"	6	1	5	Comunicacion personal.
Turner	"	9	4	5	Peaslee, "*Ovarian Tumors.*"
Crosby	"	5	2	3	" "
Green	"	8	5	3	" "
Tewksbury	"	7	3	4	" "
Beebe	"	6	4	2	" "
Hill	"	6	3	3	" "
Tracy	Australia	13	10	3	" "
Gaillard Thomas	Estados Unidos	27	18	9	

[1] Report on Ovariotomy in England, abstract by Brandeis. Richmond and Louisville Journal, Abril de 1871.

[2] Sólo hasta el año de 1866.

[3] Extract from Swedish table. Brandeis. R. and L. Med. Journ., Abril de 1871.

[4] Report on Ovariotomy in Germany. Pamphlet translated by Grunhut.

La gran dificultad de reunir datos por correspondencia me ha impedido estenderlos hasta la fecha de esta edicion.

Condiciones favorables á la operacion:

Claridad y certeza en el diagnóstico;
Buen estado constitucional;
Buena disposicion de la enferma y deseo de ser operada;
Carácter paucilocular del quiste;
Poca sustancia sólida en su estructura;
Paredes abdominales no muy gruesas;
Falta de adherencias firmes y vasculares.

Ya se ha dicho lo bastante acerca de la posibilidad de error en el diagnóstico; aquí nos limitaremos á observar que todo cuanto se haga para comprender la naturaleza del tumor no será demasiado. El facultativo debe esforzarse en descubrir todos los rasgos característicos del caso, por medio de exámenes repetidos, prolongados y muy escrupulosos, hechos primeramente por sí solo, y despues con el auxilio de otros, determinando no solamente la existencia de un tumor, sino si este es ovárico y no uterino, si no coincide con la preñez, si no es canceroso, si su contenido es líquido, y si todo el flúido que se percibe es ovárico y ninguna parte de él abdominal. En dos ocasiones, tanto yo como otros facultativos que se hallaban presentes en consulta, nos hemos equivocado completamente. En un caso, estando ya la enferma acostada sobre la mesa, y yo á punto de estirpar un tumor multilocular voluminoso, descubrí la coexistencia del embarazo en el quinto mes; y en otro, en que supuse que se trataba de un tumor ovárico grande, al dividir las paredes del abdómen, corrió una cantidad inmensa de líquido, quedando para ser estirpado un tumor sólido del ovario, cuyo volúmen no era mayor que el de la cabeza de un adulto. Cirujanos de gran esperiencia y habilidad han abierto el abdómen, creyendo que iban á estirpar quistes ováricos, cuando sólo existían fibroides uterinos, quistes renales, gestacion uterina, y otras escrecencias; y casos ha habido en que, despues de hecha la incision abdominal, no se pudo descubrir tumor alguno, habiendo engañado al cirujano una timpanitis.

Gran divergencia de pareceres existe, y existirá probablemente siempre, en cuanto al tiempo en que deba emprenderse la operacion; y como este es un punto cuya decision envuelve siempre una gran responsabilidad para el operador, no dejará de ser interesante ver lo que hacen en tales circunstancias las principales autoridades del dia. Baker Brown, á fin de evitar la posibilidad de cambios en el quiste y el peritoneo, procedía á operar en cuanto quedaba plenamente establecido el diagnóstico. Keith, Peaslee, Atlee, y Tyler Smith esperan á que se manifieste cierto grado de enflaquecimiento y deterioro de la salud. Wells opera cuando la paciente no puede andar una milla sin dificultad;

Bryant, cuando el tumor adquiere tal volúmen, que incomoda á la enferma y la estorba en sus quehaceres domésticos; y Greenhalgh aplaza la operacion, miéntras está justificado en hacerlo, á fin de dejar que se verifiquen en el peritoneo cambios que lo hagan ménos susceptible de peritonitis traumática.

Paréceme que la regla general debiera ser que cuando se descubre un quiste pequeño que pueda estirparse por la vagina, debe hacerse esto lo mas pronto posible; y que si fuere demasiado voluminoso, se deberá intervenir en cuanto empiece la enferma á perder fuerzas, y á demacrarse, poniéndose triste y nerviosa.

Al Dr. John Clay debemos el siguiente cuadro de 299 casos, en que se indagó el estado general de la salud, y el cual demuestra el hecho importante de no producir resultados muy desfavorables, ni aun un grado notable de emaciacion:

Casos.	Buena salud.	Mala salud.	Gran enflaquecimiento.	Complicacion con otra enfermedad.	Complicacion con preñez.
Con buen éxito........	21	17	47	21	2
Con mal éxito.........	21	25	46	27	2
Total.............	42	42	93	48	4

El estado mental de la enferma ejerce una influencia tan señalada en el resultado de la operacion, que los cirujanos convienen en que la tristeza y el temor son causas comunes del mal éxito.

Cuanto mayor sea la proporcion de sustancias sólidas en un tumor ovárico, tanto mas favorable será el pronóstico respecto de la rapidez de su desarrollo, y tanto mas desfavorable para su curacion.

El siguiente cuadro referente á la naturaleza del tumor ha sido preparado por el Dr. Clay:

Casos.	Monoquísticos.	Poliquísticos.	Duros.	Pequeños.	Medianos.	Grandes.
Con buen éxito..........	19	66	8	4	14	30
Con mal éxito.....	25	106	13	3	17	18
Total...............	44	172	21	7	31	48

Miéntras mas gruesas sean las paredes del abdómen, mayor estension presentará la superficie que tiene que reunirse para que se cierre la abertura abdominal y, por consiguiente, mayor será la probabilidad de supuracion entre los labios de la herida, y de que éntre pus en el peritoneo.

La existencia de adherencias á las vísceras abdominales complica mucho el caso; pero como este estado de cosas sólo puede determinarse despues de hecha la incision abdominal, aplazaremos su estudio para cuando lleguemos á este punto en la esplicacion del procedimiento.

Condiciones adversas á la operacion.—Las circunstancias siguientes, aunque desfavorables para la operacion, no la contraindican, á no ser que existan en grado muy escesivo:

Oscuridad respecto del diagnóstico;
Notable alteracion constitucional;
Perturbaciones gástricas ó intestinales;
Depresion de ánimo;
Abundancia de sustancias sólidas en el tumor;
Adherencias estensas y firmes á las vísceras;
Complicacion con otras enfermedades;
Gran espesor de las paredes abdominales.

La ovariotomía, además de ofrecer la única esperanza cuando el tumor es duro, es aplicable á aquellos casos que ocupan una posicion intermedia entre los desesperados de enfermedad quística, que sólo son susceptibles de tratamiento por la incision, y los que no pueden curarse por las inyecciones ó el drenaje.

En ciertos casos, cuya rareza admito, en que desciende al fondo de saco de Douglas un tumor cuyo volúmen no es mayor que el de la cabeza de un niño de un año, será posible hacer una incision á traves de la vagina, aferrar el quiste, tirar de él hácia abajo, ligar el pedículo, y restituir de nuevo el muñon á la cavidad abdominal, procedimiento que, si puede ejecutarse, evitará muchos peligros, ahorrando á la enferma un largo período de incertidumbre con la perspectiva de una operacion grave como término. Yo he recurrido á este procedimiento una vez tan sólo, y á continuacion presento la historia del caso, tal cual la publicó entónces un diario de medicina.

Ovariotomía por la vagina.—La Sra. de S., multípara, delgada y de un sistema nervioso sumamente escitable, había padecido por algun tiempo una retroflexion del útero, cuya lesion había tratado con buen éxito el Dr. J. L. Brown, encontrándose, por espacio de tres años, enteramente libre de todo signo racional ó físico de semejante estado, hasta hace cuatro meses. En este tiempo llamó otra vez al médico, por volver á notar los síntomas debidos á la compresion del recto. El Dr. Brown, al examinarla, descubrió detras del útero un quiste movedizo, que empujaba el fondo de la matriz hácia adelante, ocupando todo el fondo de saco de Douglas, ora se encontrase la enferma de pié, ora en posicion supina. El quiste, cuando fué descubierto por primera vez, tenía el tamaño de una naranja grande; no manifestaba sensibilidad á la presion, y era fácil empujarlo fuera de la cavidad pelviana. El Dr. Brown

hizo un diagnóstico de degeneracion quística del ovario, y aconsejó á la enferma que tuviera una consulta con otros facultativos.

Con arreglo á dicho consejo, nos reunímos en consulta los Drs. Peaslee, Noeggerath, y el que esto escribe, y examinámos cuidadosamente el caso, cuyas circunstancias encontrámos en un todo idénticas á las ya descritas; por lo cual estuvimos de acuerdo con la opinion del Dr. Brown; determinando, además, que el ovario derecho era asiento de la enfermedad, y que, segun todas las probabilidades, era multilocular el quiste.

En la discusion acerca del tratamiento, se propusieron tres planes distintos: 1°, dejar que se desarrollara el quiste, de manera que pudiera recurrirse á la ovariotomía, trascurridos algunos años de comodidad relativa para la enferma; 2°, puncionar el quiste por la vagina; y 3°, practicar la ovariotomía por el fondo de la vagina, del mismo modo que se ejecuta ordinariamente á traves de las paredes abdominales. Yo propuse este último plan, recomendando se adoptara por las razones siguientes:

1ª. Estaba seguro de que, en vista de la movilidad del quiste, (acerca de la cual no cabía duda, por cuanto, al ponerse de bruces la enferma, salía en el acto el tumor fuera de la pélvis,) habría bastante espacio para estirpar, á traves del fondo de la vagina, el saco, despues de evacuado su contenido.

2ª. Preferí este procedimiento á la simple puncion, á la cual, cuando se practica por la vagina, suele seguir un drenaje que podría agotar las fuerzas de la enferma, imposibilitando mas tarde la operacion de la ovariotomía. Además, no me parecía pudiera aumentarse notablemente el peligro de resultas de la seccion vaginal, aun cuando esta no hiciese posible la estirpacion del quiste; para cuya eventualidad proponía yo simplemente puncionar el saco espuesto, y cerrar en seguida la abertura vaginal por medio de unos puntos de sutura con hilos de plata.

3ª. Insistí en la urgencia de la operacion vaginal, como preferible á la alternativa de aguardar el completo desarrollo del quiste, en atencion al carácter sobrado impaciente de la enferma; la cual, enterada de la naturaleza de la enfermedad, ya apénas pensaba ó hablaba de otra cosa, perdía el apetito, dormía mal, é iban sus fuerzas decayendo visiblemente. Fundado en los informes suministrados por su esposo, quien practica la medicina, en los del Dr. Brown, y en mis propias observaciones, creí que sería el caso sumamente desfavorable para la ovariotomía, si esperásemos á que el tumor adquiriera pleno desarrollo; y, repitiendo lo que advertí poco há sobre la paracentésis, me parecía poco arriesgado intentar desde luego la operacion, ya que esta se reducía á incindir la parte mas declive del peritoneo.

Presentadas claramente todas estas razones á la consideracion de la enferma y de su marido, se decidió á los quince dias intentar el procedimiento.

El Dr. Brown preparó á la enferma para la operacion, administrándole catárticos, y teniéndola con una alimentacion láctea cuarenta y ocho horas ántes. El domingo, 6 de febrero de 1870, á las tres de la tarde, procedí á operar en presencia de los doctores Peaslee, Brown, Walker, Purdy, J. C. Smith, y Sproat.

Despues de haber eterizado el Dr. Purdy á la enferma, se la colocó en la posicion de bruces, asegurándola en el aparato del Dr. Bozeman, que no solamente fija completamente la enferma en dicha posicion por medio de correas y abrazaderas, sino que hace perfectamente cómoda dicha posicion por tiempo indefinido, favoreciendo además la administracion del anestésico. (Véase la Fig. 180.)

Con objeto de evitar toda posibilidad de que el recto cayera en la línea de incision, se introdujo una sonda rectal, de unas cinco pulgadas. Introducido en seguida el spéculum de Sims, y levantados el peritoneo y la pared posterior de la vagina, aferré con un tenáculo el fondo de esta, por un punto equidistante del recto y del cuello, tiré bien de él hácia abajo, y con unas tijeras de mango largo, de las cuales coloqué una hoja contra el recto y la otra contra el cuello del útero, hice de un golpe el corte en el peritoneo.

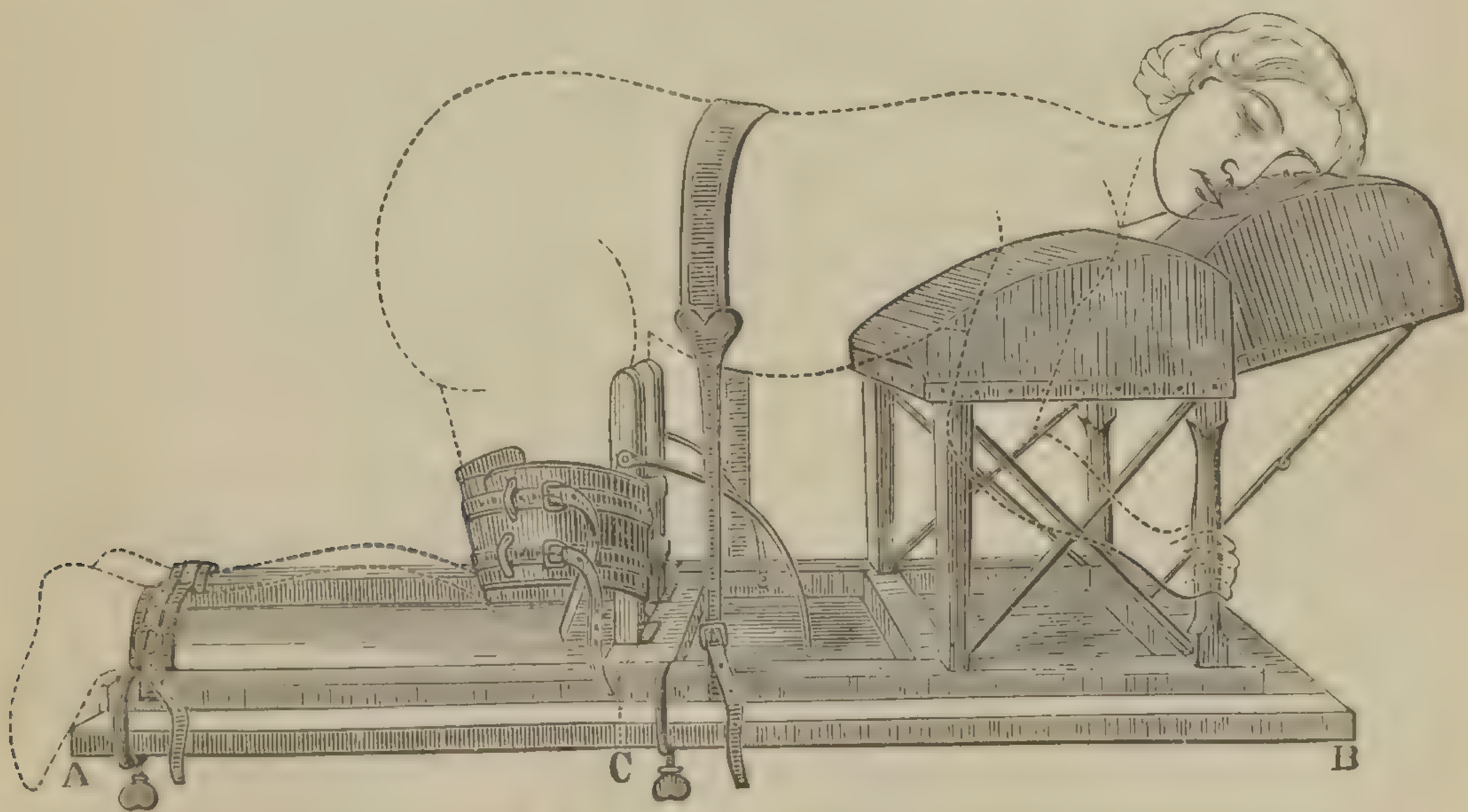


FIG. 180.—Aparato de Bozeman.

Concluido ya el primer tiempo de la operacion, procedí al segundo. Se cambió la posicion de la enferma al decúbito dorsal, é introduciendo el dedo por la incision practicada en la vagina, toqué distintamente el tumor, que había descendido de nuevo á la pélvis, y aseguré un tenáculo á su pared. Puncioné entónces con un trócar pequeño tres quistes, uno despues de otro, dando salida á seis ú ocho onzas (175 á 235 gramos) de un líquido muy parecido á la bílis vomitada. Mediante la traccion, logré que el quiste entrara sin dificultad en la vagina.

Para el tercer tiempo de la operacion, volvió á cambiarse la posicion

de la enferma, colocándola entónces en la pronacion lateral izquierda de Sims; y se introdujo el spéculum de este. Atravesé aquella parte del pedículo que salía por la abertura vaginal, con una aguja enhebrada con un hilo doble de seda fuerte, y, ligadas ámbas mitades del tejido atravesado, estirpé el quiste y la ligadura. Concluido esto, se limpió con esponja el fondo de saco de Douglas, se restituyó el pedículo á la cavidad abdominal, se cerró la incision de la vagina por medio de un punto de sutura de plata, y fué llevada la enferma á la cama.

Toda la operacion se ejecutó en 35 minutos, sin que presentase mas dificultades que las insignificantes que son anejas á la ligadura de un pedículo, muy arriba, en el fondo de la vagina.

Despues de la operacion se procuró la tranquilidad de la enferma, librándola del dolór mediante el opio, dándole alimentos líquidos, y haciéndola guardar estrictamente el decúbito dorsal. Su única incomodidad provino de la falta de sueño y de las náuseas provocadas por el anestésico, progresando sin ninguna novedad durante diez dias, al cabo de los cuales, habiéndola permitido trasladarse de la cama á un sofá, hizo esfuerzos indebidos, y un ataque de celulitis peri-uterina invadió el ligamento ancho derecho. El pulso se puso rápido, la piel seca y caliente, y podía percibirse distintamente una masa flemonosa del volúmen de un puño, dura, y dolorosa al tacto. Pronto empezó esta á disminuir, y á los treinta dias había cesado de ser molesta; al paso que el estado general de la enferma hacía ver que se hallaba completamente fuera de peligro.

Estoy seguro de que el ataque de celulitis que complicó la convalescencia, no fué, por ningun concepto, dependiente de la naturaleza del procedimiento operatorio, sino efecto de indiscrecion de la enferma, al abusar de sus nacientes fuerzas.

Léjos estoy de suponer que este método de practicar la ovariotomía llegue nunca á tener muy estensa aplicacion; pero creo que en los quistes pequeños sin adherencias será valioso recurso para evitar primeramente el sufrimiento moral, algunos años miéntras progresa la enfermedad, y, por último, la gran operacion de la ovariotomía por el abdómen, con todas sus incertidumbres y peligros. Aun en casos dudosos, puede recurrirse á la ovariotomía por la vagina, á título de medida de ensayo, que, aun cuando no conduzca al resultado que se desea, á causa de adherencias del quiste, no es probable dé lugar á ninguno de carácter sensible.

Recomiendo con insistencia al que se decida á practicarla, que no se fie de sus conocimientos generales en la anatomía del fondo de la vagina y del peritoneo, sino que ensaye el primer tiempo de la operacion en el cadáver, ántes de intentarlo en su enferma. Muchas veces es grande el espacio entre el techo de la vagina y el peritoneo, y suelen ser necesarios dos tijeretazos para penetrar la cavidad del abdómen. El primero divide la vagina, y en seguida introduciendo el tenáculo por la abertura hecha, se trae hácia abajo el peritoneo, y se abre. En las mu-

jeres delgadas, suele bastar un solo corte para abrir el peritoneo, si ántes se ha bajado bien el fondo de la vagina con el tenáculo.

Desde que practiqué aquella operacion, he visto dos casos en que hubiera sido aplicable ; pero en uno de ellos el médico de cabecera no dió su consentimiento, y la enferma se dejó guiar por su decision ; y en el otro, el facultativo con quien ví el caso prefirió puncionar y desaguar el quiste por la vagina. Ultimamente han recurrido dos veces á este procedimiento : una el Dr. J. F. Gilmore, de Mobila, y doy la relacion del caso hecha por el operador y médico de cabecera, Dr. F. B. Hamilton, y otra, el Dr. R. Battey, de Georgia, é igualmente copio un estracto de su carta.

El Dr. Gilmore dice :[1]

"Elevando la cabeza y los hombros, podía percibir perfectamente un tumor del tamaño de una naranja pequeña en el espacio retro-uterino. Tenía muy presente la operacion de V., y la recomendé, por las siguientes razones: la mujer tenía el hábito de comer opio, adquirido por un dolor en el ovario izquierdo, y á los 48 años de edad, con sus costumbres y dañada salud, la ovariotomía por el abdómen hubiera tenido probablemente un desenlace funesto. En segundo lugar, la ovariotomía por la vagina es ménos peligrosa que por el abdómen, porque en la primera la incision se practica en estructuras que cicatrizan con mas facilidad que las que cubren el abdómen, y porque la incision vaginal es mejor para el drenaje. En tercer lugar, todo cirujano práctico sabe que cuanto mas distante se encuentre del diafragma la incision abdominal tanto menor es el peligro de peritonitis aguda. Las razones espuestas me hicieron disentir de la opinion del Dr. Peaslee, espresada en su monografía sobre los *Tumores Ováricos.* La enferma, despues de comprender su estado, consintió desde luego en la operacion. La coloqué en la posicion de Sims, é introducido el spéculum del mismo, agarré con unas pinzas de Museux los labios posteriores del hocico de tenca, y tiré suavemente del útero hácia abajo y hácia adelante. Introduje en seguida en el recto el dedo índice de la mano izquierda, y en la vagina el dedo correspondiente de la derecha. Esta maniobra me reveló que para entrar en la cavidad del abdómen disponía de un espacio vaginal de 2½ pulgadas. Introduje entónces el spéculum, encontrándose la enferma cloroformizada desde el principio, y despues de evacuados enteramente los intestinos por una dósis purgante de aceite de ricino. Agarré con un tenáculo de mango largo la mucosa vaginal, y la examiné con cuidado para cerciorarme de que no habia vasos arteriales. Satisfecho en este concepto, dividí con unas tijeras corvas los tejidos que aferraba el tenáculo, longitudinalmente, llevando la incision desde unas cuantas líneas detras del útero hasta unas cuantas del recto. Hecho esto, esperé que cesara todo derrame de sangre. Entónces esploré cuidadosamente la línea de la herida de unas dos pulgadas de longitud, y me encontré precisamente sobre el peritoneo. Haciendo en la herida una presion firme en direccion del cuerpo del útero, ví que no se encontraba el recto al paso, y con un tenótomo de punta fina puncioné el peritoneo. Ensanché esta puncion lo suficiente para el dedo índice, y despues abrí la entrada en el peritoneo de manera que correspondiese á la incision esterna; hecho lo cual, introduje sin dificultad los dedos índice y del medio de la mano

[1] N. O. Med. and Surg. Journ., Noviembre, de 1873.

derecha, pudiendo esplorar la cavidad pelviana y tocar fácilmente el fondo de la matriz. Tomé el tumor entre los dos dedos. Despues de apretar fuertemente la parte inferior del vientre, y de empujar aquel hácia abajo hasta presentar en la incision su parte inferior, se vió distintamente que era un quiste. El Dr. J. M. Collins, uno de los que me ayudaban, lo puncionó entónces con un tenótomo, y evacuó parcialmente su contenido; reducido así en volúmen, se deslizó por la abertura. Tirando del quiste, arrastré hácia fuera el ovario, del cual nacía por un pedúnculo. El ovario contenía un quiste del tamaño de una avellana; y el oviducto, que podía percibirse ántes de abierta la cavidad abdominal, fué sacado con el quiste, por tener sus franjas estendidas sobre el quiste grande. El pedúnculo de este tenía como pulgada y media de longitud. Habiendo traido bien abajo en la vagina todos estos tejidos, procedí á estirparlos, empleando primero el *clamp* rectilíneo de Nott, que pasé hácia arriba, frente al quiste, abrazando una parte del ligamento ancho y del oviducto, y despues de atornillarlo firmemente, lo saqué, y apliqué á la parte comprimida una ligadura de seda encerada; en seguida con unas tijeras corvas estirpé todo el ovario izquierdo, el quiste y el oviducto—dejando un muñon suficiente para impedir que se resbalase la ligadura, que dejé colgando fuera de la vulva, y á cuyo estremo amarré un pedazo de algodon á fin de evitar que, por casualidad, se deslizase dentro del abdómen. Por último, cerré la abertura vaginal con tres puntos de sutura de hilos de plata, atravesando con uno de estos el pedículo, á fin de mantener la parte esterna del muñon léjos de la ligadura en la vagina. . . . Me pareció todo el procedimiento estremadamente simple y fácil, tardando desde el principio hasta el fin cosa de 10 minutos, y sin cambiar de postura."

La operacion se practicó el 6 de Setiembre y se dió de alta á la enferma, ya curada, el 1° de Octubre, sin que la temperatura animal hubiese escedido nunca de 38°.

La descripcion del caso del Dr. Battey es la siguiente:

"El lúnes, 30 de Marzo de 1874, abrí el fondo de saco peritoneal, á una señora de Georgia, estirpando un quiste del tamaño de una naranja pequeña. La operacion se ejecutó con la mayor facilidad, habiendo hecho descender á la vagina el ovario del lado opuesto, que se examinó y restituyó á su lugar. Mi enferma no ha tenido un solo síntoma adverso; el pulso no ha pasado de 90 pulsaciones, y solamente ha tenido mas de 80 por espacio de veinte y cuatro horas. La ligadura colocada sobre el pedículo se cayó ayer (14 de Abril), y hoy la esploracion de la vagina revela la herida del todo cicatrizada."

Tengo la seguridad de que este procedimiento, cuando se hayan probado suficientemente sus méritos, llegará á ocupar un puesto importante en el tratamiento de los quistes ováricos; pues su práctica es en todo tan fácil como la de la ovariotomía por el abdómen; es evidentemente mucho ménos peligroso; ofrece á la enferma la oportunidad de evitarse muchos meses de fastidiosa incertidumbre, pensando en la otra operacion todavía mas grave; es igualmente aplicable á los quistes uniloculares que á los multiloculares; da mucha facilidad para asegurar el pedículo; y hasta donde llegan mis conocimientos y esperiencia, puede hacerse su defensa como procedimiento quirúrgico contra todas las objeciones, con escepcion de las teóricas.

Ovariotomía por el abdómen.—Ya he espresado mi opinion de que el procedimiento que acabo de describir es aplicable sólo á un número limitado de casos. El gran recurso en los tumores ováricos es la operacion ordinaria de la ovariotomía por el abdómen.

Dos hechos deben siempre tenerse presentes al formar una apreciacion justa de los resultados de este procedimiento : es el primero, que, bajo el nombre de ovariotomía, se han incluido muchos casos de gastrotomía ; y el segundo, que, por efecto de un diagnóstico erróneo, se han emprendido muchas verdaderas operaciones ováricas en casos del todo inoportunos. Todo el que examine, siquiera sea superficialmente, los informes acerca de este asunto, no podrá ménos de reconocer que estos hechos quitan mucho valor á la estadística de la ovariotomía. La única y verdadera interpretacion de la voz *ovariotomía*, es la estirpacion de uno ó de ámbos ovarios ; siendo la gastrotomía un procedimiento del mismo género, pero no idéntico, que nunca debe confundirse con aquella, ni en sus indicaciones, ni en sus resultados.

En la actualidad ningun ginecólogo amigo del progreso, pondrá en tela de juicio la oportunidad de recurrir á la gastrotomía para estirpar los tumores que no sean ováricos, cuando amenazan la vida, y cuando la intervencion operatoria promete la prolongacion de la misma y la disminucion de los padecimientos. No estoy aquí tratando esta cuestion ahora, sino simplemente manifestando lo que todos admitirán : que no hay mas razones para clasificar como ovariotomía, la gastrotomía practicada con el espresado objeto, que para hacer lo mismo respecto de la operacion cesárea.

Los tumores duros del ovario son relativamente raros, y aunque la ovariotomía pueda á veces estar indicada para su estirpacion, no sería impropio decir que el campo verdaderamente legítimo para esta operacion—que es el coronamiento de lo alcanzado en cirujía en nuestro país—es la estirpacion de uno de los ovarios ó de ámbos, cuando están afectados de degeneracion quística.

Las enfermedades que mas comunmente han sido confundidas con el quiste ovárico, é inducido á recurrir á la gastrotomía por causa de un diagnóstico equivocado, son las siguientes: tumores fibro-quísticos del útero ; hidropesía abdominal ; degeneracion coloídea, que tenga por base el peritoneo, el mesenterio, las vísceras abdominales ó, como yo he observado dos veces, el útero ; y enfermedad maligna de los ovarios. Tampoco faltan ejemplos de haber dado lugar á errores en el diagnóstico, la preñez, un tumor fantasma, fibroides uterinos, degeneracion quística de los riñones, y otros estados morbosos ; pero estos últimos han sido raros, miéntras que los desórdenes anteriormente enumerados han desorientado muchas veces á operadores hábiles y experimentados. Se presentarán muchos casos de estas afecciones en que el diagnosticador de mas esperiencia no podrá formar una conclusion positiva, sino con el auxilio de la paracentésis ó de la incision esplo-

radora, y otros en que, aun disponiendo de tales medios, caerá en error el operador mas cauto.

Nada influirá tan poderosamente en colocar á la ovariotomía en el puesto que legítimamente le corresponde entre los recursos quirúrgicos estendiendo así su esfera de utilidad, como el adquirir, los que esten llamados á practicarla, habilidad para el diagnóstico, que les sirva para indicar de una manera sistemática y cierta los casos á que es particularmente aplicable, lo mismo que aquellos para cuyo alivio apénas ofrece esperanza.

Aunque esta operacion ha quedado hoy victoriosa por completo de la oposicion que en un tiempo tenía enfrente, y en tal medida que ha conquistado la categoría de procedimiento quirúrgico legítimo, todavía es demasiado moderna, para poder prescindirse de la luz que sobre ella arrojan los datos estadísticos preparados honradamente, y sólo los que tengan esta circunstancia. La amputacion del muslo se ha practicado tantas veces, por espacio de tantos años, y en tantos países, que el cirujano que hace hoy esta operacion tiene escusas para no presentar todos sus casos al exámen crítico de sus colegas; están decididas todas las cuestiones relativas á la utilidad y éxito del procedimiento, y su estadística, aunque siempre de valor, no es ya esencial á la facultad para determinar su posicion ulterior como recurso quirúrgico. Con respecto á la ovariotomía, no sucede lo mismo, y debiera referirse todo caso, con cuidado y franqueza, con objeto de aumentar el número de aquellos en que hemos de basar nuestras conclusiones favorables ó adversas al procedimiento.

Hay muchas causas ahora que tienden á sostener elevada la cifra de los desenlaces funestos de la operacion. De estas son algunas inherentes á ella misma y existirán siempre; pero hay otras que disminuirán mucho ó desaparecerán enteramente, porque el conocimiento se hace mayor con la esperiencia, y mas segura y estable la base sobre que descansa el procedimiento. Entre dichas influencias hay que citar primeramente la necesidad de abrir el peritoneo, esponiendo por mucho tiempo al aire esta importante y delicada estructura, y dejando muchas veces sobre su superficie, ó dentro de su cavidad, vasos abiertos que derraman sangre, la cual constituye material de putrefaccion. En segundo lugar, no debe perderse de vista la dificultad del diagnóstico. Puede decirse sin riesgo que no hay tanta dificultad en ningun otro estado patológico, para el cual se adopten los medios quirúrgicos. Pero no es mi intencion enumerar todas las influencias á que he aludido, y me contentaré con citar una tercera. Acaso la observacion de otros no convenga con la mia, y muchos habrá que no estén conformes con lo que voy á decir; mas para mí hay una causa que ha hecho, y está haciendo mucho en daño de la ovariotomía, y es la siguiente: practican ahora en este país muchas veces la operacion de la ovariotomía personas inespertas en el diagnóstico y tratamiento de los tumores ováricos. La estadística de algunos de los mejores operadores demuestra que los ejemplos de buen

éxito están en razon directa de la esperiencia, á medida que se aprende á evitar los peligros que el procedimiento entraña, y preciso nos es sacar la conclusion de que los que operan por primera ó segunda vez, lo hacen con perjuicio de la totalidad de casos publicados, y aumentan la proporcion de la mortalidad. Yo bien sé que se me va á preguntar, en vista de lo que acabo de manifestar, ¿cómo nos arreglaríamos para obtener nuevos cirujanos si los inespertos se abstuviesen de operar? A lo cual contestaré, que si las relaciones profesionales de cualquier facultativo le dieren la probabilidad de ser llamado con frecuencia á practicar esta ú otras operaciones, su deber es prepararse para cumplir fielmente lo que de él se requiere; pero no me es posible creer que á cualquier médico que no se halle en semejantes circunstancias le corresponda el emprender tan formidable procedimiento cuando pueda conseguir para su ejecucion operadores de esperiencia y maestría. Mis observaciones me hacen creer sinceramente, que por lo ménos en los Estados Unidos, no es nada insignificante la tercera causa que he mencionado como desfavorable para la estadística en este punto, y creo ademas que, si se publicaran relaciones de todas las operaciones primeras practicadas por diversos facultativos en este país, resultaría una lista muy larga y nada halagüeña por cierto.

Preparativos para la operacion.—Todos sabemos que la endometritis séptica, que es el punto de partida de los síntomas cuya agrupacion constituye la fiebre puerperal, suele ser escitada por los miasmas de una autopsia, de un caso de erisipela, de tifo, ó gangrena de hospital, que se adhiere á la persona del médico. Aunque no está demostrado que estos miasmas ejerzan una influencia igualmente nociva en las partes descubiertas en esta operacion, es cuando ménos tan probable, que ningun operador debe esponer su enferma á la prueba; verdad es que en el primer caso la parte interesada es una membrana mucosa alterada por la preñez y el parto, y en el otro un saco seroso; pero, con todo, hay bastantes probabilidades de que pueda el mal hacerse mayor, para obligarnos á ser cautos, y evitar estas fuentes de enfermedad. Antes de la operacion debe someterse la enferma á un régimen tónico, y recetarse, á ménos que lo impida alguna particularidad del caso, una alimentacion generosa, el hierro, la quinina, el aire puro, todo cuanto pueda alegrar el ánimo, y el ejercicio moderado; siendo muy conveniente una temporada en el campo ó en alguna estacion de baños. Sobre todo, hay que procurar que el espíritu de la enferma esté tranquilo y alegre, y alentar sus esperanzas respecto al resultado de la operacion. Despues de haberle dicho francamente las probabilidades de buen éxito, como base en que fundar su determinacion de acceder ó no á ser operada, ni sus parientes ni el médico deben volver á espresar duda alguna acerca del resultado.

La operacion debe practicarse en una localidad en que el aire sea puro y salubre—nunca en las salas de un hospital lleno de enfermos—y

cuando haya posibilidad de escoger, mejor en el campo que en la ciudad. Se esperará un dia claro, ni muy caluroso ni frio. En tiempo de frio, se mantendrá en el cuarto una temperatura de 25 á 27 grados y el aire húmedo mediante la evaporacion de agua. Estará pronta á encargarse del cuidado de la enferma una enfermera de muchísima esperiencia.

Es indispensable que el intestino esté constipado en los ocho ó diez dias que siguen á la operacion, y para conseguirlo fácilmente, deberá estar vacío al tiempo de operar. Con este objeto, se administrarán catárticos un dia sí y otro no en la semana anterior, y en las cuarenta y ocho horas que preceden inmediatamente á la operacion, se alimentará la enferma con caldos animales, leche y atoles de harina de maíz.

Está fuera de toda duda que la influencia del opio en el sistema nervioso es contraria al progreso y propagacion de la peritonitis, una vez desarrollada, ¿por qué no ha de serlo tambien á su establecimiento? En los dos dias anteriores á la operacion, deben administrarse cada ocho horas 6 centígramos de opio, ó una dósis equivalente de alguno de sus preparados; de esta manera, no sólo se aquieta el sistema nervioso, sino que se pone á prueba la resistencia de la enferma para esta droga. El Dr. Atlee acostumbra dar una dósis de opio una hora ántes de la operacion. La piel debe mantenerse en buen estado, por el uso diario de baños calientes, por espacio de una semana á lo ménos, conservando el calor vital durante la operacion por medio de una camiseta y calzoncillos de franela. Al acercarse el momento de operar, se evacúa cuidadosamente la vejiga, y se somete á la enferma al sueño anestésico, acostándola de espaldas sobre una mesa de la altura y solidez necesarias, cubierta previamente con frazadas ó cobertores doblados, y colocada frente á una ventana por donde éntre bastante luz.

El cirujano necesitará cinco ayudantes; uno para administrar el anestésico; otro, que se colocará frente al operador, para ayudarle en el tratamiento del tumor y pared abdominal; otro, encargado de los instrumentos; otro, de las ligaduras, cauterio actual, etc.; y otro, para lavar y tener listas las esponjas.

La operacion.—Aunque esta operacion se ha discutido libre y estensamente en los últimos años, no hay un solo punto de ella acerca del cual estén acordes los operadores, siendo todavía objeto de gran divergencia de opiniones la longitud de la incision, el tratamiento del pedículo, la reunion de la herida y los demas pormenores que van á describirse. Yo evitaré toda discusion, y esperando que se me perdonará cualquier viso de dogmatismo que sea consecuencia de hacerlo así, haré la descripcion que, á mi modo de ver, se adapta mejor á las exigencias de la práctica.

Los tiempos de la operacion son los siguientes:

1°. Incision;
2°. Indagacion y rotura de las adherencias;

3°. Puncion;
4°. Estirpacion del quiste;
5°. Tratamiento del pedículo;
6°. Lavado del peritoneo;
7°. Establecimiento del drenaje;
8°. Reunion de la herida abdominal.

La incision se hace con un bisturí, (estando el operador colocado á la derecha de la enferma,) atravesando precisamente la línea blanca y debe estenderse desde un punto, á una distancia variable, mas abajo del ombligo, hasta otro un poco mas arriba de la sínfisis púbiana. Cortando la piel y el tejido adiposo, capa por capa, se continúa hasta que el operador vea la cubierta fibrosa de los músculos rectos. Un operador inesperto podría equivocar esta con el peritoneo. Cuando exista alguna duda, no debe incindirse hasta que la esposicion al aire, y la presion con las pinzas, los dedos, ó las esponjas hayan detenido el flujo venoso de los vasos interesados por la incision abdominal. En seguida se aferra con un tenáculo la estructura fibrosa, en la que se hace un ojal con las tijeras, por el que se introduce una sonda acanalada sobre la que puede dividirse. Si esto espone á la vista el vientre de uno de los músculos rectos, claro es que la incision no se ha trazado por la línea blanca, y para alcanzarla se empuja la sonda por debajo de la cubierta muscular, y en sentido oblicuo al músculo, hasta que la detenga la línea, donde puede hacerse la incision. Despues de contenida toda hemorragia, se eleva con el tenáculo el peritoneo parietal, en el que se hace una abertura con las tijeras, dividiéndolo sobre la sonda en toda la longitud de la incision.

Quizás se suponga que no es posible esperimentar dificultad alguna al cortar en las paredes abdominales, pero no es así, y los cirujanos, aun aquí, cometerán á veces graves errores. Una vez yo, y otra un operador muy hábil de esta ciudad, hemos llevado la incision sólo hasta el peritoneo parietal, separando este de los músculos, creidos de que era la pared de un quiste adherida á aquellos. Otras veces el cirujano se ha confundido buscando la línea blanca, y otras tambien, la incision que debiera haber abierto sólo el abdómen, ha abierto el mismo quiste ocasionando el derrame prematuro de su contenido. Estos inconvenientes pueden obviarse en alto grado, cortando primero solamente á traves de la piel y del tejido areolar, y aplicando en seguida el tenáculo á todos los tejidos dudosos.

Al dividir el peritoneo ocurre generalmente un ligero derrame de serosidad ambarina, presentándose en seguida á la vista la pared luciente del quiste, ó como sucede á veces, una capa delgada del epiploon que se estiende sobre su superficie, y la que no debe dividirse, sino levantarla como si fuera un delantal y ponerla á un lado. Algunas veces, como ocurrió en uno de los casos de Baker Brown, además del epi-

ploon, suele encontrarse un asa intestinal sobre la cara anterior del tumor, donde se la hubiera herido si ese cirujano no hubiera abierto el peritoneo con unas tijeras, y sobre una sonda-guia.

En lo que se refiere á la seccion abdominal, Mr. Brown ha establecido esta importante regla : debe considerársela siempre primitivamente como una incision esploradora, que pueda cerrarse sin esponer la enferma á gran peligro si llega á descubrirse algo que contraindique la estraccion de la bolsa, y ensancharse lo necesario, si por el contrario se considera conveniente proseguir. Mr. Wells ha estirpado un quiste por una incision de pulgada y media, y rara vez la practica de mas de 5 pulgadas de longitud; por otra parte, el Dr. Clay, á cuya favorable estadística hemos aludido, prefiere la incision larga. El gran temor que siempre se ha tenido de herir y esponer el peritoneo da alguna fascinacion á la incision pequeña; pero este sentimiento perderá fuerza, al recordar que la peritonitis y septicemia se deben principalmente á la putrefaccion de líquidos retenidos, pues es evidente que cuanto mas pequeña sea la abertura, tanto mas difícil será descubrir y cerrar los vasos que dan sangre, y limpiar la cavidad abdominal.

Los resultados obtenidos por Mr. Wells, presentados en el siguiente cuadro, prueban, sin embargo, que las incisiones pequeñas deben preferirse con mucho á las grandes.

	Núm. de casos.	Curaciones.	Muertes.	Proporcion de mortalidad.
De ménos de 6 pulgadas....	440	337	103	23.4 por 100
De mas de 6 pulgadas......	60	36	24	40 " "

Es igualmente digno de notarse que el dicho cirujano operó en 17 casos por una incision de 3 pulgadas, y perdió 23.53 por 100, y en 203 casos por una incision de 5 pulgadas, y perdió el 19.7 por 100.

La deduccion mas racional que puede sacarse de tales hechos, es que el pronóstico es tanto mas favorable cuanto es mas corta la incision á traves de la cual pueda estirparse el saco, *tuto, cito et jucundè;* pero el esfuerzo para estraer la bolsa por una abertura tan pequeña que determine, demora, incertidumbre, y manipulacion ineficaz, ofrece á la enferma ménos probabilidades de curacion que por una incision mas amplia.

La pared reluciente del quiste, cubierta por el peritoneo visceral, puesta ya á la mano y vista del operador, ofrece á este la oportunidad de corroborar su diagnóstico por la palpacion, el exámen visual y la estraccion del líquido, valiéndose de un trócar y cánula muy finos, ó de la aguja de la jeringuilla hipodérmica. Cuando se sospecha la conexion entre el quiste y la matriz, es preciso, ántes de proseguir mas adelante, determinar sus relaciones con esta víscera, introduciendo la sonda uterina é imprimiendo al órgano un movimiento de rotacion al mismo tiempo que se pasan por la herida abdominal dos dedos hasta el fondo del útero.

En este momento puede encontrarse el operador detenido, si echa de ver que no está en contacto con la pared del quiste, á pesar de estar abierto el peritoneo, y en vez de la pared brillante del quiste, descubre una membrana vascular, con grandes vasos, estendida á manera de delantal sobre el tumor. Esta cubierta dejará perplejo á quien por primera vez la vea : consiste en las paredes peritoneales, ó techo de los ligamentos anchos, que han sido estendidas por el desarrollo del tumor y se han hipertrofiado notablemente. He observado que los tumores rodeados de esta manera presentan pedículos anchos y cortos, y que será muy difícil su estirpacion, á no adoptarse el escelente método recomendado por el Dr. Miner, de Buffalo, que consiste en dividir la envoltura del quiste, evitando todo lo posible herir los vasos grandes, introducir despues los dedos y enuclear el tumor.[1] La bolsa que queda se abre y se limpia bien, tocando toda su superficie exudante con la disolucion de persulfato de hierro, y en caso de ser grande, se ata á su derredor un cáteter que hará las veces de tubo de drenaje.

Indagacion y rotura de las adherencias.—Despues de lavadas rapidamente las manos para quitarse la sangre, se sumergen en una vasija llena de agua templada, que contenga 4 gramos de cloruro de sodio, ó 1 de ácido fénico cristalizado, por cada litro de agua, y en seguida se pasan alrededor del tumor, entre el peritoneo visceral y el parietal, dos ó tres dedos, con los cuales se desprende suavemente cualquiera adherencia ligera que se encuentre ; y en caso de que por este medio no se halle ninguna, puede pasarse, dando la vuelta al tumor y hasta el pedículo, una sonda gruesa de acero previamente mojada en agua caliente. Las adherencias entre el quiste y el hígado, el intestino grueso, el útero y la vejiga, deben ser objeto de atencion especial, por ser mucho mas importantes que los que lo unen á las paredes abdominales. La esploracion con la sonda, como la con los dedos, puede servir para romper toda adherencia ligera ; pero hay que dejar las fuertes y bien organizadas para examinarlas cuidadosamente y dividirlas, despues de haber prolongado la incision. Cuando se descubren adherencias de esta naturaleza, la pequeña incision de 2 á 3 pulgadas se prolonga hácia arriba hasta convertirla en la mediana de 5 á 7, ó en la larga de 10 á 12 pulgadas, segun lo juzgue conveniente el cirujano. Si puede determinarse la falta de adherencias por una incision pequeña y los medios de esploracion ya indicados, nada mas es necesario, quedando terminado este tiempo de la operacion ; pero si fuere indispensable, deberá prolongarse la incision é introducir toda la mano en la cavidad peritoneal, á fin de indagar de un modo claro todas las relaciones del tumor.

Practicada la incision necesaria y despues de cesar todo flujo de los

[1] En casos que hubieran resultado intratables por otros medios, he recurrido varias veces á este con buenos resultados. A mi modo de ver, constituye una de las mas preciosas adiciones que se han hecho en este país á la ovariotomía.

vasos abiertos, procederá el operador á romper cuantas adherencias estén á su alcance, desprendiéndolas por donde se unen al quiste, con muchísimo cuidado, á fin de no desgarrar la pared de este, lo que ocasionaría el derrame de su contenido, ó de sangre, en la cavidad del peritoneo. Sólo las adherencias ménos fuertes deben desprenderse de esta manera, quedando las de carácter muy firme y vascular, para despues de haberse puncionado. Entónces, segun previene el Dr. Hutchinson, debe volverse á la enferma sobre un lado, á fin de que el tumor asome por la incision, y que el flúido evacuado por la puncion caiga fuera, y no dentro del abdómen. Yo he abandonado, sin embargo, este plan, porque complica el procedimiento, haciendo demasiado probable que con el líquido y el tumor se escapen tambien los intestinos. Generalmente, bastará para impedir el derrame del líquido en la cavidad del peritoneo tener cuidado al evacuarlo, haciendo los ayudantes la compresion conveniente en las paredes del abdómen.

Puncion.—Cuando exista alguna duda sobre la naturaleza del tumor, debe puncionarse con un trócar fino, pues así puede demostrarse el carácter duro de un tumor que se hubiere tomado como flúido, y eso sin determinar un derrame de sangre en el peritoneo. Si la puncion esploradora revela que es líquido el contenido del tumor, se hunde en este un trócar grande como el de Spencer Wells (Fig. 181) que se fija por

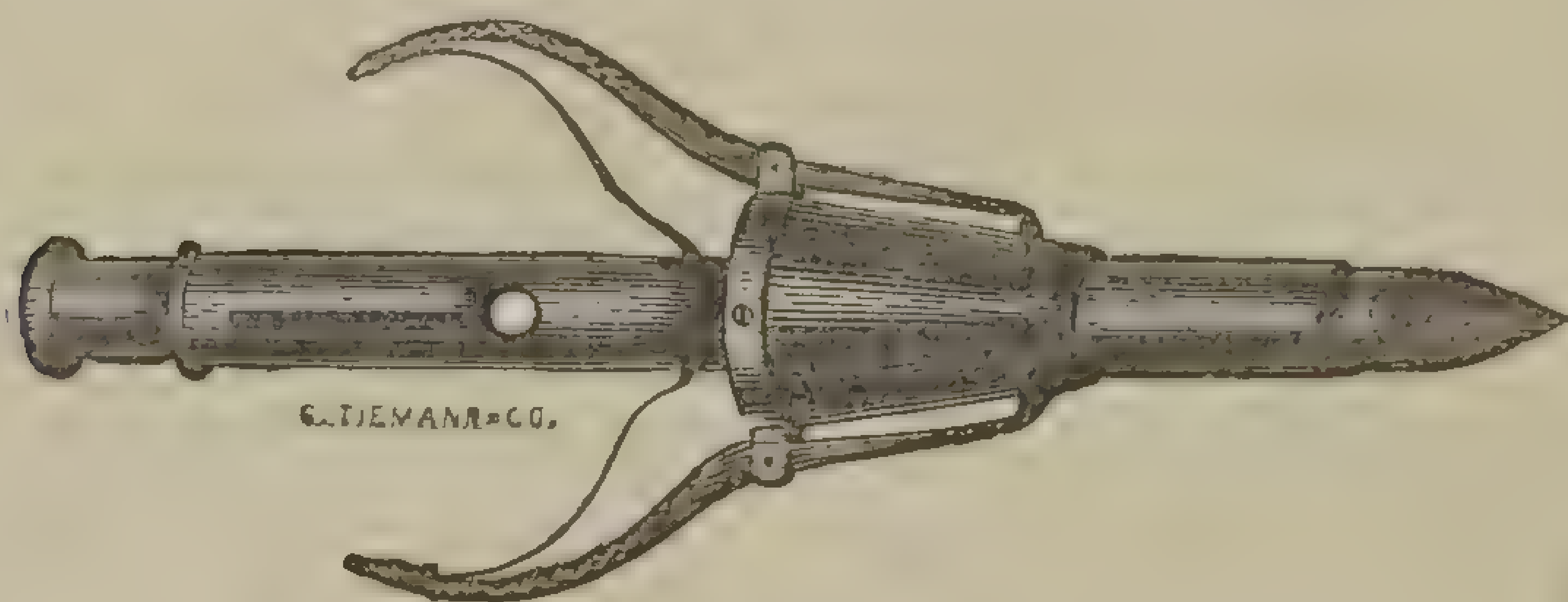


FIG. 181.—Trócar y cánula de Spencer Wells.

sus ramas á la pared del quiste, y se deja correr el líquido á una vasija á propósito, por medio de un tubo de caucho, unido á la boca de la cánula. No deberá emplearse nunca un trócar grande, miéntras no haya una seguridad absoluta de ser el tumor un quiste ovárico, y de que las probabilidades son decididamente en favor de la posibilidad de estirpacion, pues esta última puede abandonarse con mucha mas facilidad y ménos peligro despues de la introduccion de un trócar fino, que cuando se ha recurrido á uno grande.

Durante la evacuacion del líquido, un ayudante comprimirá las paredes abdominales contra el tumor, colocando ámbas manos sobre el vientre, una á cada lado de la incision; y cuando se emplea una cánula ordinaria, deberá evitarse que la bolsa se deslice dentro del abdómen, aferrando los labios de su abertura con unas pinzas fuertes.

Cuando el quiste está vacío, ó poco ménos, y ántes de ver si quedan otros, se fijan en el estremo superior de la abertura abdominal, bien los dedos, bien un par de retraedores de alambre, de Pinkham, elevando y abriendo las paredes del abdómen de manera que, entre ellas y la del saco á medio vaciar, quede un espacio considerable, en que el operador podrá percibir fácilmente con la vista si existe alguna adherencia, para desprenderla con los dedos, ó con el mango de un escalpelo. Por estos medios puede evitarse la necesidad de prolongar la incision, y romper las adherencias que haya á una distancia considerable de la pared quística. Hecho esto, se acaba de vaciar la bolsa principal, cuya evacuacion ha estado interrumpida miéntras tanto, á favor de unas pinzas ó los dedos de un ayudante ; se quita la cánula y se introduce el dedo índice para indagar si existen otros quistes. Suele perderse mucho tiempo en tentativas de hundir el trócar en estos, y algunas veces se introduce la mano en el peritoneo con objeto de agarrarlos y mantenerlos fijos. He encontrado siempre muy útil, espedito y seguro el siguiente método : se aferra la bolsa con unas erinas ó pinzas fuertes, una á cada lado de la abertura hecha por el trócar, y se hace una incision por donde quepa la mano, con la que se descubren los otros quistes, y se guia fácilmente hasta ellos el trócar. Evacuados todos los quistes grandes, el cirujano procede en seguida á estirpar el saco.

Estirpacion del quiste.—Sujeta ya la bolsa con las pinzas dentadas, los tenáculos, ó las pinzas erinas que se fijaron en ella para impedir que se deslizara dentro del abdómen, el operador ó un ayudante suyo la agarra con los dedos y la saca suavemente por la incision. Cuando la retiene en el abdómen una adherencia que no ha podido romperse con los esfuerzos manuales hechos ántes para destruir sus inserciones, deberá esponerse bien á la vista dicha adherencia, para cortarla, ya desprendiéndola de la pared quística con los dedos, que entónces la alcanzarán sin dificultad ; ya por medio de la cauterizacion actual, segun indica Mr. Brown, si fuere bastante larga la adherencia para no correr peligro de cauterizar la pared del abdómen ; ya con las tijeras, si fuere necesario emplear un instrumento cortante ; ya con un *écraseur* pequeño, si su aplicacion es posible. No hay regla que dar respecto al mejor método que deba adoptarse, pues cada caso exigirá el mas especialmente propio de sus caractéres particulares ; pero no debe olvidarse nunca, que el mejor método es aquel por el cual se separan las adherencias sin causar daño en las vísceras, ni dejar abiertos los vasos sanguíneos ; pues ámbas cosas son de temer. Cuando el desprendimiento de una adherencia va seguido de hemorragia, el vaso que da sangre debe esponerse á la vista, para ligarlo, ó tocarlo detenidamente con el persulfato de hierro, ó tan ligeramente con el cauterio actual que no llegue á producir escara.

Con los medios recomendados, se destruirán generalmente las adherencias sin necesidad de aplicar ligaduras ; pero alguna que otra vez

estas son indispensables y entónces deben emplearse sin vacilacion las de seda. Las metálicas no son de fácil manejo, ni dignas de confianza, y ninguna de las compuestas de sustancias animales puede compararse ventajosamente con las de seda. En algunos casos el quiste se adhiere con tanta fuerza á una víscera, que es imposible desprenderlo; en tales circunstancias se cortará una parte de su pared, dejándola pegada á la superficie á que tan tenazmente está unida. M. Boinet[1] indica la conveniencia de arrancar la superficie secretoria de dicha porcion, ántes de dejarla. Una vez libre el tumor de sus adherencias, se tira de él hácia fuera, para agarrar el pedículo entre los dedos. Aquí ocurre comunmente una pausa, por el tiempo que el operador tarda en determinar el mejor plan de afianzar el pedículo: tambien se emplea muchas veces un buen rato en discutir este punto, porque ningun operador debe de tener un plan favorito para todos los casos. Si, miéntras tanto, se deja el saco unido al pedículo, estorba mucho, tira mucho, mancha la ropa, y suele suceder que su contenido se abra paso al abdómen. Yo tengo la costumbre de rodear rápidamente la masa con un pedazo de hilo de pescar, á algunas pulgadas del pedículo, para examinar luego este á satisfaccion y con descanso. El Dr. B. F. Dawson ha inventado con este objeto el *clamp* temporario, de la Fig. 182. Con él se afirman bien los vasos del

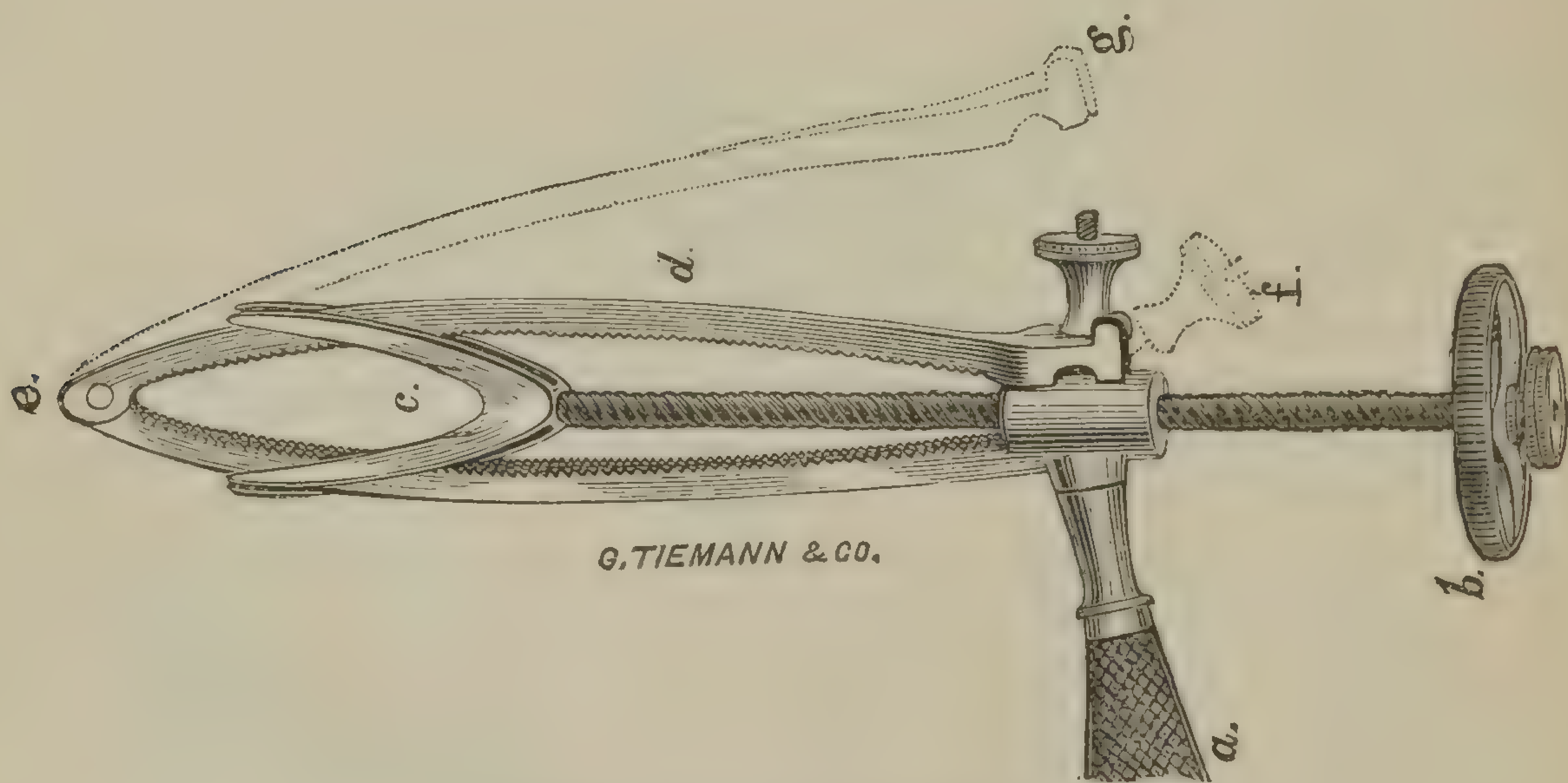


FIG. 182.—Clamp temporario de Dawson.

pedículo, comprimiéndose este circular, y no lateralmente, miéntras se fija por medios permanentes.

Tratamiento del pedículo.—Este tiempo, uno de los mas importantes de la operacion, se realiza unas veces fácil y satisfactoriamente, y otras, por el contrario, ofrece dificultades graves. El quiste puede sa-

[1] New York Med. Record, Julio 1º de 1867.

carse del abdómen para agarrar su pedículo con los dedos, á ménos que este sea escesivamente corto, en cuyo caso, hay que introducir las manos, y operar dentro del vientre. El pedículo puede tratarse por uno de los métodos siguientes, eligiendo entre estos aquel que se adapte mejor á los requisitos especiales de cada caso:

1°. Puede ser apretado ó ligado con un *clamp*, que lo tenga fuera de la cavidad abdominal.

2°. Puede ser ligado de una manera segura, entre los labios de la herida, á beneficio de alfileres, ó de una sutura.

3°. Puede ser atravesado con ligaduras dobles, y abandonado en la cavidad abdominal, despues de haber cortado al rape los cabos de aquellas.

4°. Puede el tumor ser enucleado.

5°. Puede apretarse el pedículo con un *clamp* temporario, y luego cortado por medio del cauterio actual.

Se han aconsejado y practicado otros muchos métodos; y á los que deseen conocer el asunto mas á fondo, les recomiendo la obra del Dr. Peaslee sobre los Tumores Ováricos, en la cual se trata estensamente. Aquí sólo hago mencion de los que, á mi juicio, merecen consideracion especial, é incuestionable confianza.

En principio son evidentemente idénticos los medios de impedir la hemorragia por la ligadura y el *clamp;* pero este tiene la ventaja de ser mas sencillo, y de aplicacion mas fácil. El *clamp* que se emplea generalmente es el de Mr. Wells, aunque hay otros muchos igualmente útiles. Se usa como sigue: agarrado ya el pedículo, ó cuello, del tumor

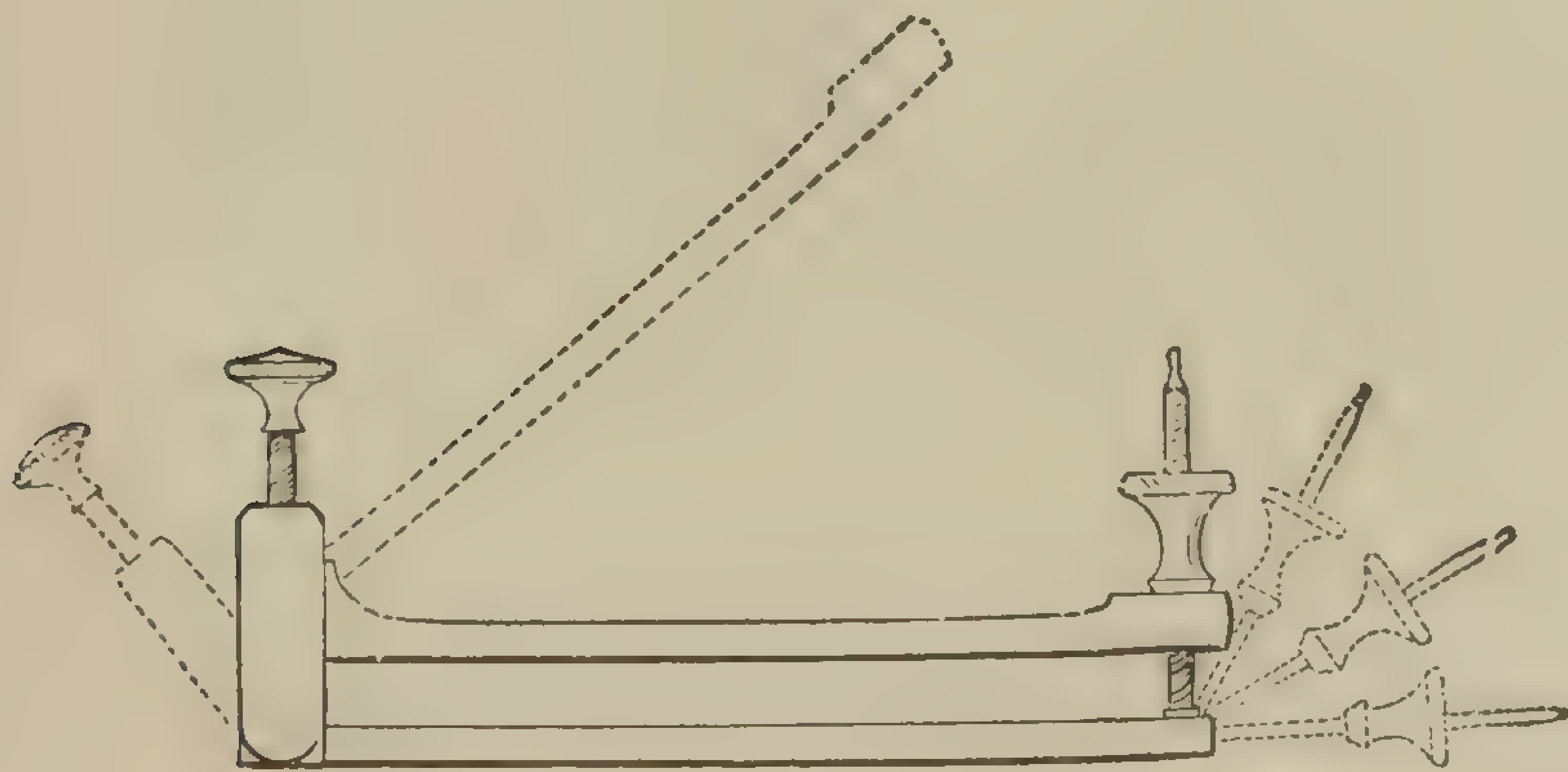


FIG. 183.—Clamp de Spencer Wells.

entre los dedos, se ajusta el *clamp*[1] (Fig. 183) de modo que sus dos ramas vengan á quedar una á cada lado de aquel: en seguida se aproximan ámbas estrechamente hasta que obliteren los vasos, y por encima

[1] Con posterioridad á la introduccion de este clamp, Mr. Wells ha inventado otro; pero habiéndome demostrado la esperiencia que el último es el mas imperfecto, no me detengo á describirlo.

del *clamp* se amputa el quiste con un bisturí, dejando despues aquel de plano sobre el abdómen y uniendo la incision.

Aunque este *clamp* en manos de su célebre inventor, y en las de otros, ha producido escelentes resultados, tiene ciertos inconvenientes que le son inherentes: el principal de ellos consiste en estender el pedículo, en vez de consolidarlo, ó de hacerlo circular. Se han hecho tentativas para superar esta dificultad, ligando primeramente el pedículo y aplicando luego el instrumento, y tambien construyendo otros *clamps*, como los

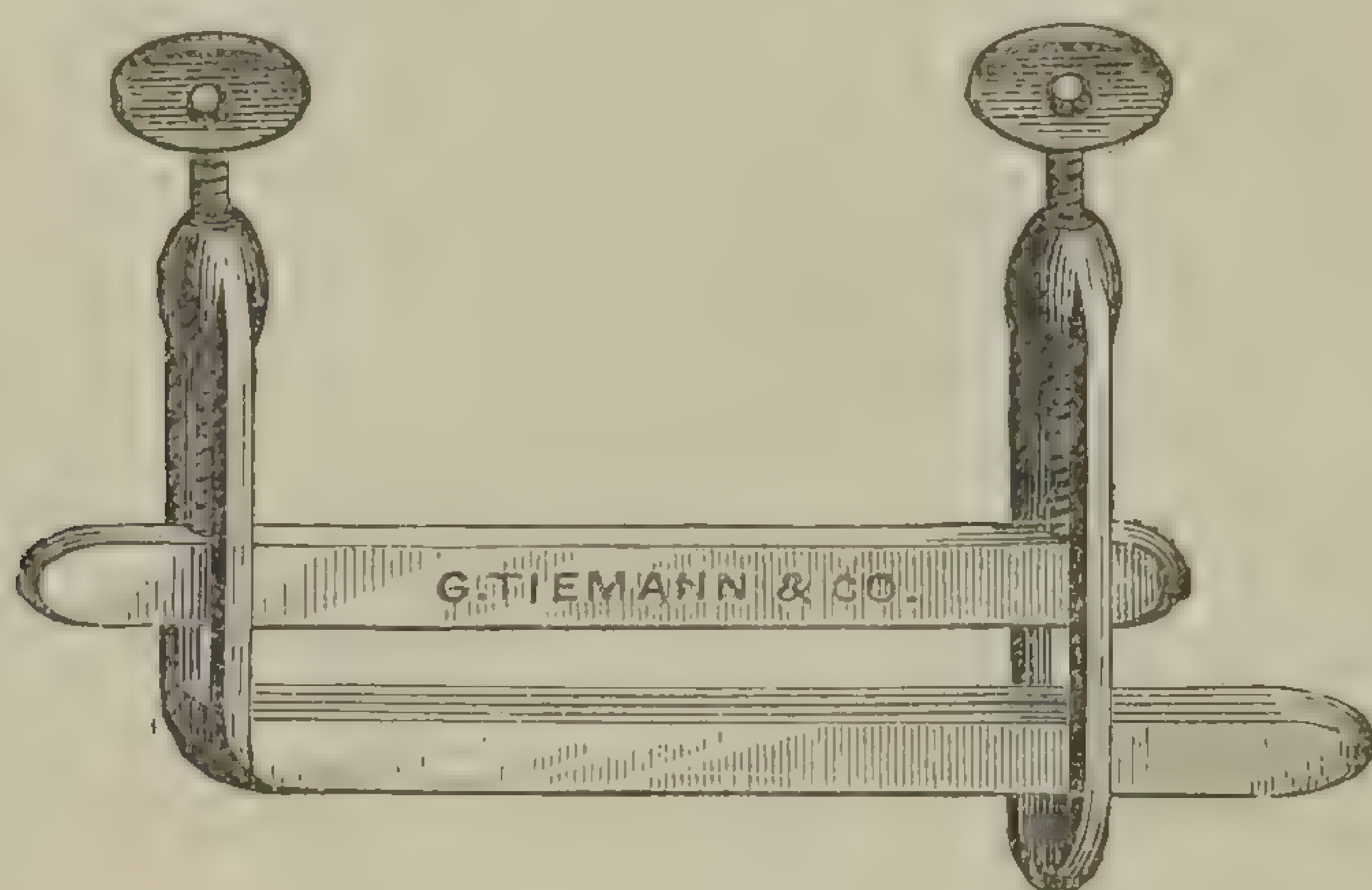


Fig. 184.—Clamp frances.

de Koeberlé y de Atlee, un instrumento frances (Fig. 184) cuyo inventor no he podido saber, y el de Dawson (Fig. 185).

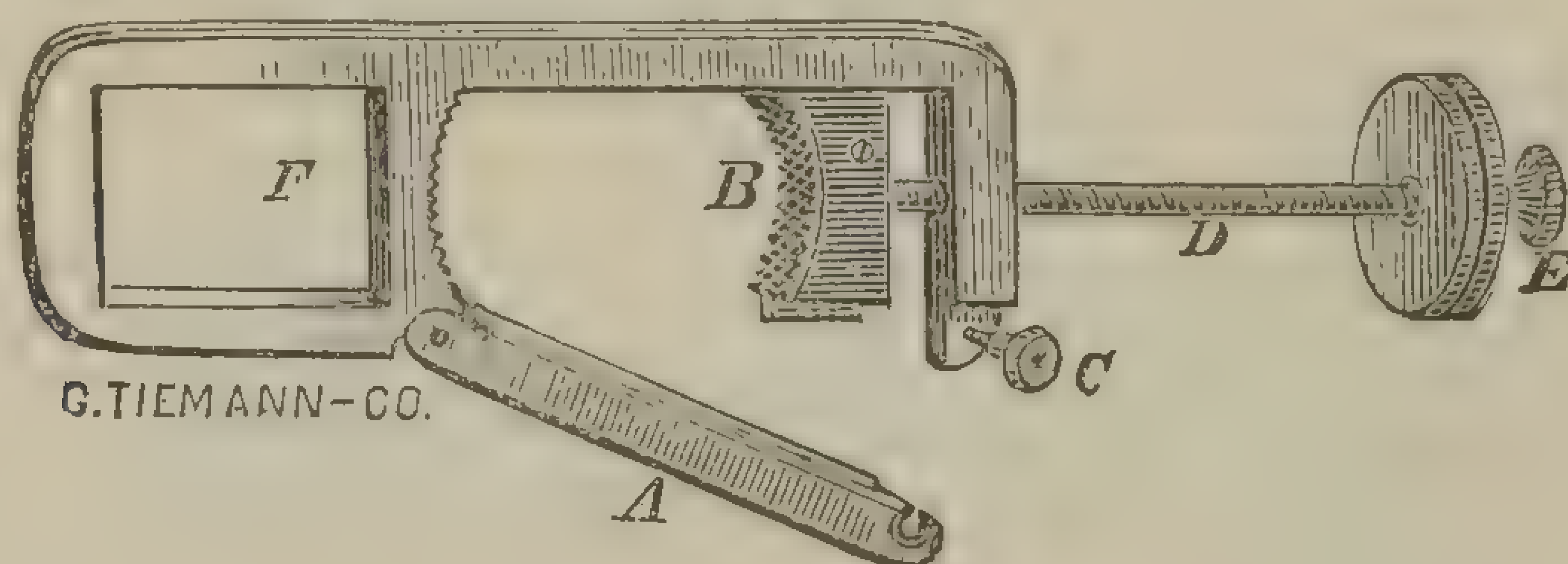


Fig. 185.—Clamp permanente de Dawson.

Cuando se emplea la ligadura en el método extra-peritoneal, se amputa el saco, y se coloca el muñon entre los bordes de la herida, atravesándolo con alfileres grandes, ó con las suturas que unen esta parte de la incision.

El Dr. Tyler Smith contribuyó á popularizar un método que, segun el Dr. Peaslee, practicó ya en 1829 el Dr. Rogers, y despues el Dr. Billington, de Nueva York; y que consiste en ligar el muñon, cortando tanto la ligadura como el pedículo lo mas corto posible, volviéndolo al abdómen y cerrando la incision abdominal. De este modo operó el Dr. Smith[1] 17 veces, y sólo tuvo tres muertes; el Dr. Peaslee, cuyo éxito

[1] Su estadística sólo llega hasta el año de 1866.

como ovariotomista ha sido escelente, dice de este plan: "Aludo aquí otra vez al método del Dr. Tyler Smith para el tratamiento del pedículo, como el mejor de todos, y el que á mi modo de ver reemplazará ántes de mucho tiempo todos los demas." No estoy de acuerdo con el Dr. Peaslee en su alta apreciacion de este método; pero aun lo estoy ménos con los que lo rechazan en absoluto y consideran escesivos los peligros de dejar seda en la cavidad peritoneal. Verdad es que con razonamientos teóricos pueden oponerse muchas objeciones al procedimiento; pero no es la teoría la que ha de decidirnos, cuando se trata de punto tan grave. Los resultados de la práctica pesan mas que todas las teorías, y nadie debe dejarse llevar por juicios preconcebidos. El informe de 34 casos de ovariotomía por Spencer Wells,[1] en 4 de los cuales se abandonó la ligadura en el abdómen, y las operadas murieron, y curándose en los otros 30 en que se empleó el *clamp*, ha dado fuerza á esa predisposicion injustificable, (yo por tal la tengo,) contra dejar seda en la cavidad peritoneal. Peaslee, cuyos datos acusan 17 curaciones de 26 operaciones; Tyler Smith, que cuenta 14 de 17, y Bradford, que ha salvado 28 de 31, emplean todos y siempre este método: yo confieso que en un tiempo participé de la citada predisposicion; pero la esperiencia me ha hecho cambiar de parecer en el asunto. En 5 casos en que he estirpado ámbos ovarios, ligué ocho de los pedículos con seda, y los restituí al abdómen; y además en uno de los mismos ligué del propio modo seis vasos del epiploon que daban sangre; y, sin embargo, todas las enfermas se curaron. No considero este método tan seguro como el de tratar esteriormente el pedículo; pero ¿no prueban terminantemente los hechos que es injustificable la mencionada predisposicion de muchos cirujanos?

Koeberlé, de Estrasburgo, emplea el *clamp* cuando el pedículo es largo; pero cuando es corto comprime el muñon con una especie de instrumento constrictor que aprieta un hilo metálico alrededor del pedículo. La enucleacion no será nunca aplicable á un gran número de casos; pues no ofrece ventaja en aquellos en que puede tratarse el pedículo por cualquiera de los métodos indicados; pero sí constituye un recurso precioso cuando no hay pedículo, siendo tambien de utilidad en una categoría de casos en que ningun otro plan es aplicable.

La única regla que dar en cuanto á la eleccion entre todos estos métodos es la siguiente: cuando el pedículo es largo y delgado, parece ser indiferente el método, supuesto que todos han producido y están produciendo diariamente escelentes resultados; pero cuando es muy corto, mayores esperanzas ofrece el tratamiento del muñon por el método interno que por el esterno.

Para casos especiales de aplicacion de los diversos métodos, pueden ser útiles las siguientes indicaciones, y no *reglas:*

[1] London Medical Times and Gazette, Noviembre 28, 1868.

a. El *clamp* está indicado para los pedículos largos, que requieren una ligadura potente, y ofrecen mucho tejido á la supuracion y descomposicion.

b. El tercer método es aplicable á tumores cuyos pedículos son demasiado cortos para el *clamp*.

c. La enucleacion es un método de estirpar tumores sin pedículos.

d. Baker Brown introdujo el plan de amputar el tumor por medio del cauterio actual, y pretende el sorprendente resultado de 29 cura-

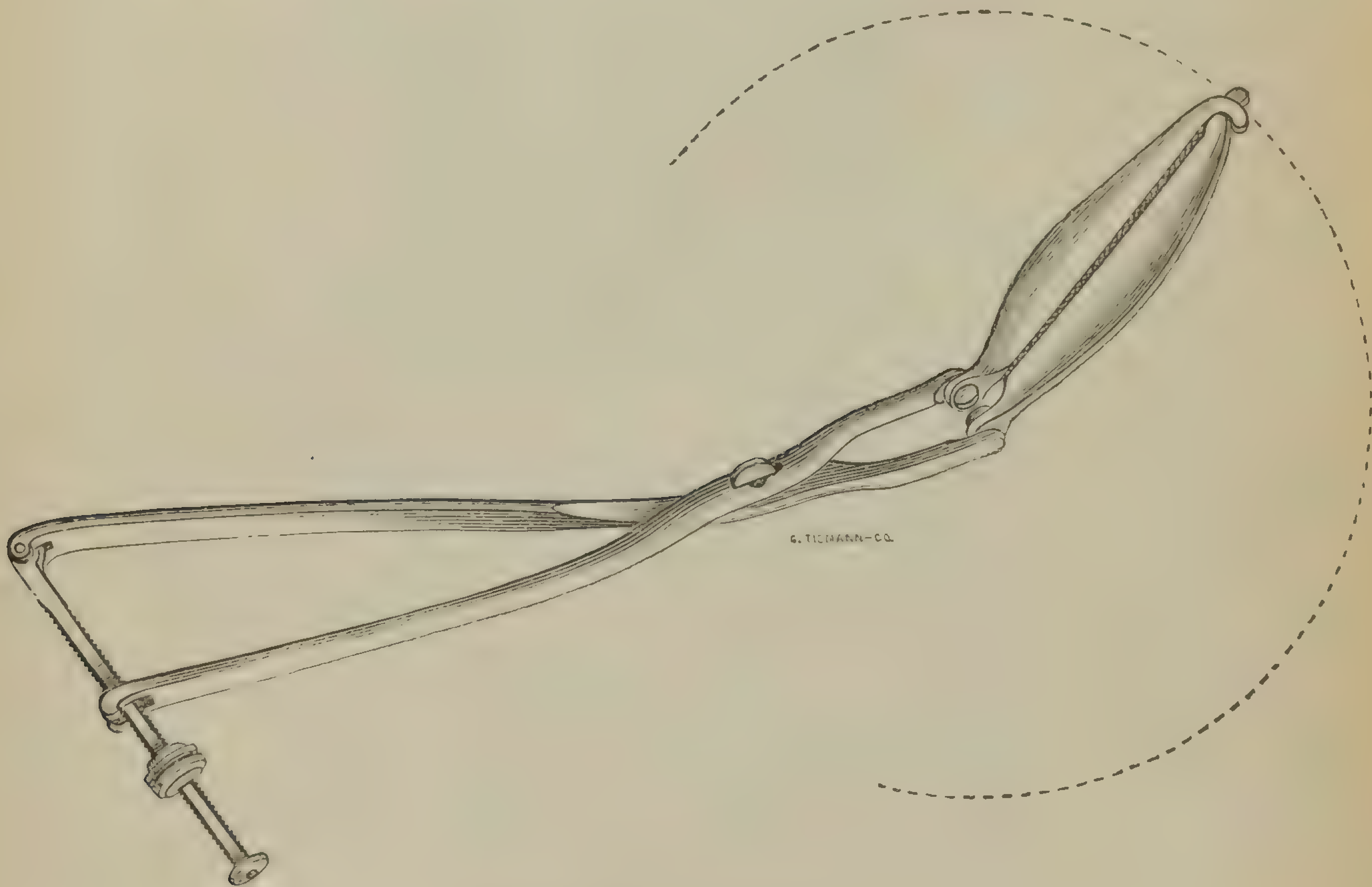


FIG. 186.—Clamp ancho de Storer.

ciones en 32 veces que operó. La ineficacia de dicho método para los casos de hemorragia, impedirá probablemente que rivalice con los ya mencionados, aunque ofrece muchas ventajas en ciertos casos raros en que la parte que ha de amputarse se encuentra muy profunda en la pélvis. Cuando se recurra á este método, el *clamp* de Storer (Fig. 186) será útil para contener la hemorragia y proteger las partes adyacentes.

Cuando se decida restituir el pedículo ligado, á la cavidad abdominal, pueden elegirse para las ligaduras varias sustancias animales, tales como crin, cuerda de intestino, y seda. Yo prefiero á todas la última, por ser mucho mas manejable y eficaz, y no mas nociva.

La gangrena probable de la parte del muñon que queda fuera de la ligadura, y la septicemia consiguiente, es objecion teórica que se ha presentado contra el uso de la ligadura corta y el de volver el pedículo

á la cavidad peritoneal; pero Spiegelberg y Waldeyer han demostrado que cuando se ligan los ángulos del útero, las partes del tejido esteriores á las ligaduras, en vez de necrosarse, se encapsulan en un exudado de linfa.

Al decir que en casos ordinarios importa poco que vuelva ó no el pedículo á la cavidad abdominal, nos fundamos en la comparacion de los resultados obtenidos por los cirujanos que lo hacen, y por los que no lo hacen.

El Dr. J. Clay ha formado el siguiente análisis de un gran número de casos, en lo relativo á este punto:

Carácter de los casos.	Casos en que se dice que el pedículo se volvió al abdómen.	Casos en que se infiere que se dejó en el abdómen.	Casos en que se mantuvo fuera por diversos métodos.	Ligado en una ó mas porciones.	Ligado simplemente.	Cosido á la herida.	En que se empleó el *écraseur*.
Con buen éxito....	113	76	20	122	22	3	2
Con mal éxito.....	58	97	25	57	26	3	1
Total...........	171	173	45	179	48	6	3

Obstáculos á la estirpacion del quiste que pueden descubrirse en el curso de la operacion.—Puede suceder que no haya pedículo, sobre todo cuando el tumor es duro ó mixto, y que exista una union indisoluble con el cuerpo del útero; y otras veces que la bolsa se encuentre aprisionada en parte, de manera que no sea posible estirparla, aunque pueda sacarse otra parte de ella fuera de la abertura abdominal. En tales casos me ha dado muy buenos resultados el plan siguiente: el operador corta la bolsa para introducir la mano y el brazo y descubrir la parte inferior del saco: en seguida, cerca de la base del saco, recoge la cubierta peritoneal, la divide, introduce el dedo, y estirpa el tumor por enucleacion, segun el método de Miner ya mencionado. El saco que así queda se llena á veces de sangre, y esta, encerrándose en él, sin lograr entrar en el peritoneo, presenta un aspecto raro y muy ocasionado á dudas. Un tumor de esta clase me dejó una vez perplejo y detenido, hasta que uno de mis ayudantes sugirió su verdadera esplicacion. Otra vez, practicando este método, sobrevino la muerte del modo siguiente: la enferma continuó bien por espacio de catorce dias, al cabo de los cuales se incomodó, se arrojó de la cama, asestó un golpe violento á una de las personas que la asistían, cayó de espaldas y falleció á la hora y media. La autopsia reveló que el bolson dejado por la enucleacion, estaba lleno de una masa fétida y grumosa de sangre. El esfuerzo hecho por la enferma produjo la rotura de dicho saco, cuyo contenido se derramó en el peritoneo, produciendo la muerte por colapso. Pudo haberse evitado este peligro deteniendo completamente todo derrame de sangre con el persulfato de hierro ántes de ligar la abertura

del saco, ó dejando en el interior de la bolsa un tubo de drenaje, ligando alrededor de este el cuello, y fijándolo con alfileres en la herida. Por estos medios pudieran hacerse con regularidad inyecciones antisépticas.

Estoy muy seguro de haber conseguido, por este plan de enucleacion, la estirpacion de quistes, que por cualquier otro método era peligrosa é incompleta. Recomiendo sus méritos á la atencion de los cirujanos, porque hay cierta clase de casos, cuando el pedículo es muy certo, en que tiene un valor inmenso. Algunas veces, firmes adherencias entre el quiste y las vísceras abdominales imposibilitan la estirpacion total de aquel ; entónces debe estirparse la parte que pueda sacarse tirando de ella, coserse cuidadosamente á las paredes abdominales los labios de la porcion restante y cerrar la incision, escepto en su ángulo inferior, que debe mantenerse abierto por medio de hilas, ó de un tubo de vidrio, á traves del cual puedan inyectarse flúidos desinfectantes, como en el drenaje ordinario, á fin de impedir la septicemia. Este procedimiento es una modificacion del de la incision ya mencionado. El epiploon puede hallarse adherido de tal modo que sea necesario estirparlo. Cuando esto implica una rotura considerable de sus vasos sanguíneos, puede efectuarse con el *écraseur*, tocando la estremidad que da sangre con el persulfato de hierro, ó el cauterio actual ; ó puede amputarse y traerse fuera de la herida, como se hace con el pedículo.

Antes de proceder en la operacion al tiempo que sigue debe siempre examinarse escrupulosamente el otro ovario, para estirparlo desde luego, si da señales de degeneracion quística. Cuando existen quistes muy pequeños, cuyo volúmen no escede al de una avellana, por ejemplo, debemos incindirlos ; pero si se encontraren otros de mayor tamaño, y la secrecion de sus paredes constituyere un derrame en el peritoneo suficiente para determinar peritonitis ó septicemia, deberán estirparse, pues una vez afrontados los graves peligros de la operacion, sería imprudente dejar el gérmen para el desarrollo de otro tumor.

Lavado del peritoneo.—Estirpado el quiste y detenida la hemorragia, se procede á estraer cuidadosamente todo el líquido contenido en la cavidad peritoneal, por medio de esponjas suaves empapadas en agua caliente, y esprimidas. Deben lavarse perfectamente, no sólo los intestinos y paredes del abdómen, sino tambien y con especialidad la pélvis. Este es un punto de gran importancia, que puede decidir la terminacion del caso, pues cualquier partícula de flúido que quede, se descompondrá, esponiendo á la enferma á los graves peligros de la septicemia y peritonitis.

Establecimiento del drenaje.—Que la peritonitis y la septicemia, las dos influencias mas funestas consecutivas á la ovariotomía, son debidas ámbas en mucha parte á la retencion en la cavidad peritoneal de sustancias en via de putrefaccion, es un hecho que en el dia no niega ninguno que conozca la operacion. Dichas sustancias pueden haberse

escapado del quiste, ántes ó en el curso de la operacion, ó consistir en sangre ó serosidad goteada de los vasos durante el procedimiento, ó algunas horas despues; ó provenir de un derrame de pus en el peritoneo á causa de un trabajo inflamatorio. Ha llamado la atencion de muchos ovariotomistas la importancia, no solamente de impedir la entrada de tales elementos en el peritoneo y de estraerlos ántes de reunir la abertura abdominal, sino tambien de darles libre salida durante el período de convalecencia. Peaslee introdujo el plan de dejar en el ángulo inferior de la herida un lechino de lienzo, con objeto de facilitar el drenaje, en caso de desarrollarse la septicemia; Koeberlé, no sólo introducía tubos metálicos en el abdómen, sino que abría el fondo de saco de Douglas y los introducía allí tambien, á fin de efectuar el drenaje por la vagina, plan que Sims ha recomendado con insistencia mas recientemente, como método por el cual puede disminuirse en alto grado el peligro de dichos estados.

La separacion del lechino de lienzo, fijo en los labios de la herida por sangre coagulada, suele ser difícil y dolorosa, y la introduccion de un cáteter ú otro tubo hasta el fondo de saco de Douglas, que viene á ser la parte mas declive del peritoneo, no siempre es posible, despues de haberse verificado una ligera efusion de linfa.

El drenaje por la vagina por medio de tubos introducidos hasta el peritoneo es, á mi juicio, lo que mas puede aumentar los peligros de la ovariotomía, por abrir una via para los flúidos pútridos del peritoneo, hasta el tejido celular pelviano. Yo lo he practicado dos veces y lo he visto practicar muchas mas, y fundo en los malos resultados hasta ahora observados en la práctica, la opinion que me merece.

En todos los casos, salvo cuando no queda absolutamente flúido alguno en el peritoneo, sigo la costumbre uniforme de introducir, precisamente encima del pedículo y hasta las profundidades del saco de Douglas, un tubo de drenaje de vidrio, (Fig. 187,) de 8 pulgadas de longitud y cuyo diámetro varía de $\frac{1}{2}$ á $\frac{3}{4}$ de pulgada.



FIG. 187.—Tubo de drenaje de vidrio, de Thomas.

Este tubo no debe introducirse cuando no queda líquido en la cavidad abdominal; y cuando existiere alguna duda, se colocará en posicion, manteniéndolo herméticamente cerrado. Si hay acumulacion de flúido, ó la hace probable la ligera exudacion por las adherencias rotas, se dejará destapado el tubo para dar salida á la sangre y serosidades. Si ningun aumento de la temperatura animal indica la absorcion séptica, sólo será necesario mantener el tubo en posicion hasta haberse disipado todo peligro; pero si la septicemia se hace manifiesta, se introduce tan adentro como sea posible un cáteter de goma elástica con su estremo cortado, el tubo de vidrio

se lleva hácia arriba una pulgada, y se inyecta suavemente, á beneficio de una jeringa de Davidson ó de fuente, un chorro de agua caliente que contenga 8 gramos de cloruro de sodio, ó 2 de ácido fénico cristalizado, por cada litro. No debe usarse la menor fuerza, inyectando libremente el agua, hasta que salga clara la corriente de retorno. Empleo siempre este método, escepto en los casos raros en que no queda flúido de ninguna clase en el peritoneo. El tubo se retira y vuelve á introducirse de vez en cuando, y, por lo comun, se deja en posicion ocho ó diez dias, aunque en algunos casos lo he dejado puesto mucho mas tiempo, sin que jamas haya observado que determine inflamacion.

Reunion de la herida abdominal.—Esta se efectúa por medio de dos series de suturas, una profunda, y otra superficial. La primera, compuesta de hilos de plata, se hace del modo siguiente. Se pasan los dos estremos de un hilo de plata por el ojo de una aguja larga, gruesa y derecha ; y aferrando una de estas con unas pinzas fuertes porta-aguja, se la hace entrar por el peritoneo en uno de los lados cerca del borde de la incision, y salir por la piel como una pulgada distante de dicho borde ; en seguida se agarra é introduce la otra aguja por el otro lado, de la misma manera, y hecho esto se asegura el hilo retorciéndolo. Si se desea emplear la sutura enclavizada, puede hacerse pasando del mismo modo un hilo de plata doble. Estas suturas profundas colocadas á media pulgada de distancia unas de otras ponen en contacto todo el espesor de la incision, desde el peritoneo á la piel, y favorecen la curacion por primera intencion.

Otro método escelente consiste en hacer penetrar en ámbas paredes del abdómen una aguja larga de mango fijo, y con una abertura cerca de su punta, armada con un asa corta de hilo de seda, segun recomienda Peaslee, y en cuya asa, ó en el ojo de la aguja, se fija un pedazo de alambre metálico que se lleva inmediatamente á su lugar.

Además de las indicadas, deben aplicarse suturas superficiales, ó alfileres como los que se emplean en la operacion del labio leporino, los que atravesarán la piel y el tejido areolar, sin interesar el peritoneo, y alrededor de los cuales se pasa un hilo en figura de 8.

Despues de esto debe rodearse el abdómen con tiras anchas y largas de esparadrapo, para contrarrestar el sacudimiento de los vómitos ; y si hay alguna hemorragia al reunir los bordes de la herida en el abdómen, se colocarán debajo de aquellas, y sobre los músculos abdominales, compresas hechas con toallas dobladas. En seguida se cubre todo con una capa de algodon, suave y seca, se administra á la enferma una dósis de opio ó de una de sus sales, y se la abriga bien en la cama, manteniéndole calientes los piés, aun en tiempo de calor.

Tratamiento consecutivo.—Debe mantenerse en el cuarto una temperatura de 18° á 20°, y una ventilacion perfecta, no por el método desagradable de dar entrada al aire frio y húmedo, sino por el mas filosófico de espulsar rápidamente el aire viciado, lo que se efectúa me-

jor por medio del fuego en la chimenea del aposento, sacando inmediatamente todo lo que emita mal olor, y con la limpieza general.

Una enfermera tranquila, atenta, y entendida en el uso del cáteter, debe estar al cuidado dia y noche.

Debe combatirse el efecto de la operacion sobre el sistema nervioso con los medios enumerados como reglas generales del tratamiento, y administrando estimulantes, como el vino, la champaña, y el coñac, si se ve que empiezan á flaquear las fuerzas. La enferma se mantendrá además en perfecta quietud, tanto física como mental; se prohibirá toda conversacion, ó ruido en el aposento; se escitarán y alentarán las esperanzas de la enferma y se evitará todo esfuerzo muscular. La orina se evacúa á favor de la sonda durante cuatro ó cinco dias, y por espacio de diez ó quince se mantiene constipado el vientre por medio del opio. Es esencial á la seguridad de la enferma que se eviten los catárticos durante la época mencionada, pues el descuido de esta precaucion suele producir un desenlace funesto. Hace algun tiempo asistí á la estirpacion de un sarcoma quístico inmenso, practicada por el Dr. John O'Reilly, el cual hizo una incision que se estendía desde el cartílago sifoídeo hasta el púbis, estirpando la masa despues de destruir numerosas adherencias. La enferma continuó perfectamente bien ocho dias, y se hallaba en vias de curacion, cuando insistiendo en que se la procurase un movimiento de vientre, y no accediendo su médico, tomó á ocultas una dósis de cremor tártaro. El purgante operó como un hidragogo, pero no fué su accion limitada, como ordinariamente sucede, sino que sobrevino una diarrea y pronto una disentería que mató á la enferma.

Al cabo de siete ú ocho dias la timpanitis puede requerir una evacuacion alvina, la que se procurará por medio de una lavativa de agua de jabon, ó de cocimiento de linaza, de manzanilla, ó de hinojo.

Una vez disipada la influencia del anestésico, se calman los dolores con el opio, administrado por la boca, por el recto ó subcutáneamente, en caso de ser mucho el sufrimiento. La alimentacion deberá consistir en leche, caldo de vaca, y papillas de harina con leche; y aun estas sustancias tan digestibles deben darse con precaucion y en pequeñas cantidades. Si hay tendencia á náuseas y vómitos, se administran terroncitos de hielo, que la enferma traga, ó deja fundir en la boca; recurriendo á la inyeccion hipodérmica de morfina, si dichos síntomas son tan graves que amenace la separacion de las suturas.

Los males que mas hay que temer como secuelas de la operacion son: en las veinte y cuatro primeras horas, hemorragia; del segundo al cuarto dia, peritonitis; desde que acaba el procedimiento hasta el tercero ó cuarto dia, postracion nerviosa, y del cuarto al décimo-cuarto, septicemia.

Cuando se ve que hay hemorragia, deben quitarse inmediatamente las vendas, compresas, etc., ligando firmemente el pedículo, ó tocándolo con el cauterio actual, si se halla fuera del abdómen; pero si se le ha

vuelto á la cavidad abdominal, no queda otro recurso que abrir la herida, ligar el vaso que da sangre, y limpiar la cavidad peritoneal. Es muy sensible esta necesidad, pero es el único recurso que ofrece probabilidades de buen éxito.

La septicemia, que, á mi juicio, el tiempo ha de demostrar que es la causa mas comun de la muerte despues de la ovariotomía, constituye, una vez establecida, un estado peligrosísimo. Precédenla desvanecimientos ; escesiva postracion muscular ; inapetencia ; mucha palidez ; alta temperatura ; pulso rápido, pequeño y muy débil ; á veces un delirio tranquilo ; sequedad de la lengua ; y un olor agradable del aliento. La septicemia es probablemente el "estado tifoídeo" tan frecuentemente mencionado despues de las operaciones, y es imposible dejar de sospechar que muchos, ó la mayor parte de los casos citados en las tablas del Dr. Clay como de conmocion ó colapso, en el quinto, sesto, sétimo y décimo dia, lo eran realmente de esta afeccion. En uno de mis casos desgraciados, á que he aludido, la enferma se encontraba bien en la noche del sétimo dia, y en la mañana siguiente sorprendióme su espresion agitada y maniática, y sus facciones cadavéricas ; al examinarla, encontré todos los síntomas de septicemia, á la que sucumbió poco despues.

La gravedad de este accidente ha hecho que todos los operadores se esfuercen en descubrir los medios de impedirlo, ó de remediarlo ; y aunque ya se han mencionado casi todos los métodos preventivos, la importancia de la cosa justificará que vuelva á presentarlos, como sigue :

1°. Limpiar perfectamente el peritoneo ;
2°. Contener la hemorragia ántes de reunir la herida abdominal ;
3°. Establecer el drenaje, siempre que sea probable la acumulacion de líquidos en el peritoneo ;
4°. Momificar el muñon con el persulfato de hierro.

Como la septicemia es resultado, en primer lugar, de la descomposicion de líquidos en el peritoneo, y en segundo, de su absorcion, no es probable que se manifieste hasta pasados algunos dias, y puede sobrevenir de dos á tres semanas despues de la operacion.

El médico debe estar muy apercibido, para el desarrollo de la peritonitis y la septicemia, indagando constantemente todos los signos físicos y vitales que las caracterizan, y combatiéndolas en sus primeras manifestaciones con medios terapéuticos adecuados. Debe llevarse sistemáticamente un registro de pulso, temperatura animal, y número de respiraciones, anotando las tres cosas, por lo ménos, cada seis ú ocho horas, ó con mas frecuencia cuando un ayudante permanece con la enferma, aunque nunca con tanta que moleste ó fatigue á esta.

Despues de un intervalo de doce horas, como consecuencia del anestésico, de los vómitos que este determina casi siempre, y del efecto de una operacion quirúrgica de tanta importancia en el sistema nervioso, suele

elevarse el pulso á 110 y aun 120 pulsaciones, y la temperatura á 39° ó 40°; pero á medida que se disipan dichas causas de irritacion, el pulso y la temperatura bajan, fluctuando el primero entre 95 y 105 pulsaciones, y la segunda entre 37° y 38°, en el curso de la convalecencia.

Si en cualquier momento, salvo cuando acaban de disiparse los efectos inmediatos del anestésico y de la operacion, se elevare la temperatura gradual ó repentinamente á 39°, 40°, ó 41°, habrá motivos para temer que se esté desarrollando la peritonitis, ó la septicemia; siendo probable que sobrevenga la primera si ocurre en los cuatro dias que siguen á la operacion, y la última, si ocurre despues de dicho tiempo. Generalmente se observa una aceleracion simultánea del pulso, cualquiera que sea el estado morboso que se esté desarrollando, y no debe olvidarse que los dos coinciden con frecuencia.

Ya he dicho que en todos los casos en que queda algun líquido en la cavidad peritoneal, ó se acumula allí despues de la operacion, yo tengo por invariable costumbre introducir hasta donde se pueda en el saco de Douglas el tubo de vidrio representado en la Fig. 187, á traves del cual, cuando se eleva la temperatura, inyecto, una ó dos veces cada veinte y cuatro horas, agua caliente que contenga ácido fénico bastante para darle sabor y 8 gramos de cloruro de sodio por litro. Este método no ha producido nunca malos resultados, y aun cuando no se haya dejado un tubo en la herida, debe practicarse semejante inyeccion cada ocho horas, si la temperatura ó el pulso se elevan, manifestándose los otros síntomas de septicemia; pero sin el tubo introducido al tiempo de la operacion, es difícil, y á veces imposible, llegar hasta la parte mas declive del peritoneo, siendo este el motivo por que insisto en su empleo.

Los cuadros que siguen, formados por el Dr. Kuentzler, indican la variacion de temperatura en un caso de carácter gravísimo, en el cual estirpé ámbos ovarios, y demuestran las notables variaciones que pueden ocur-

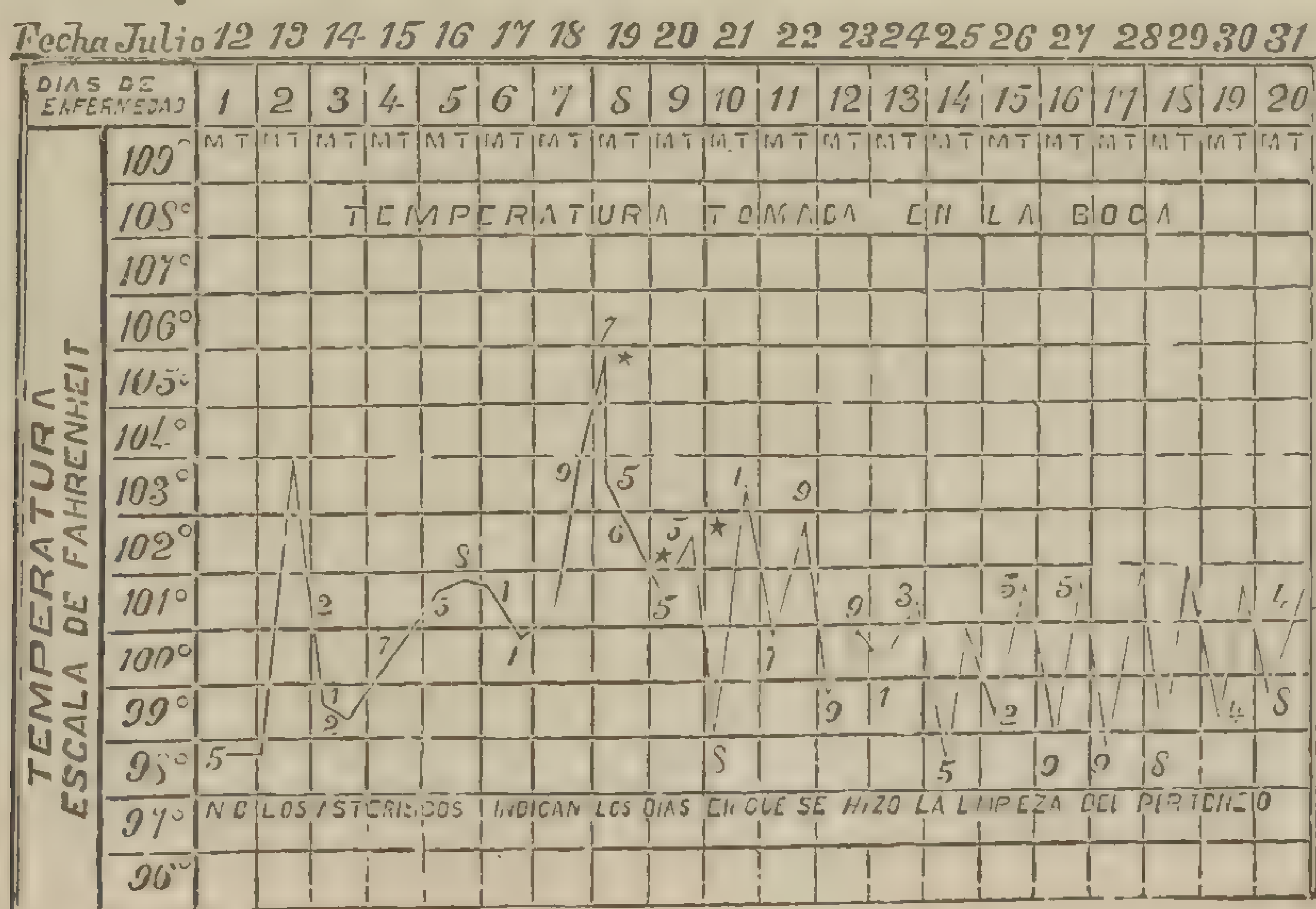


FIG. 188.

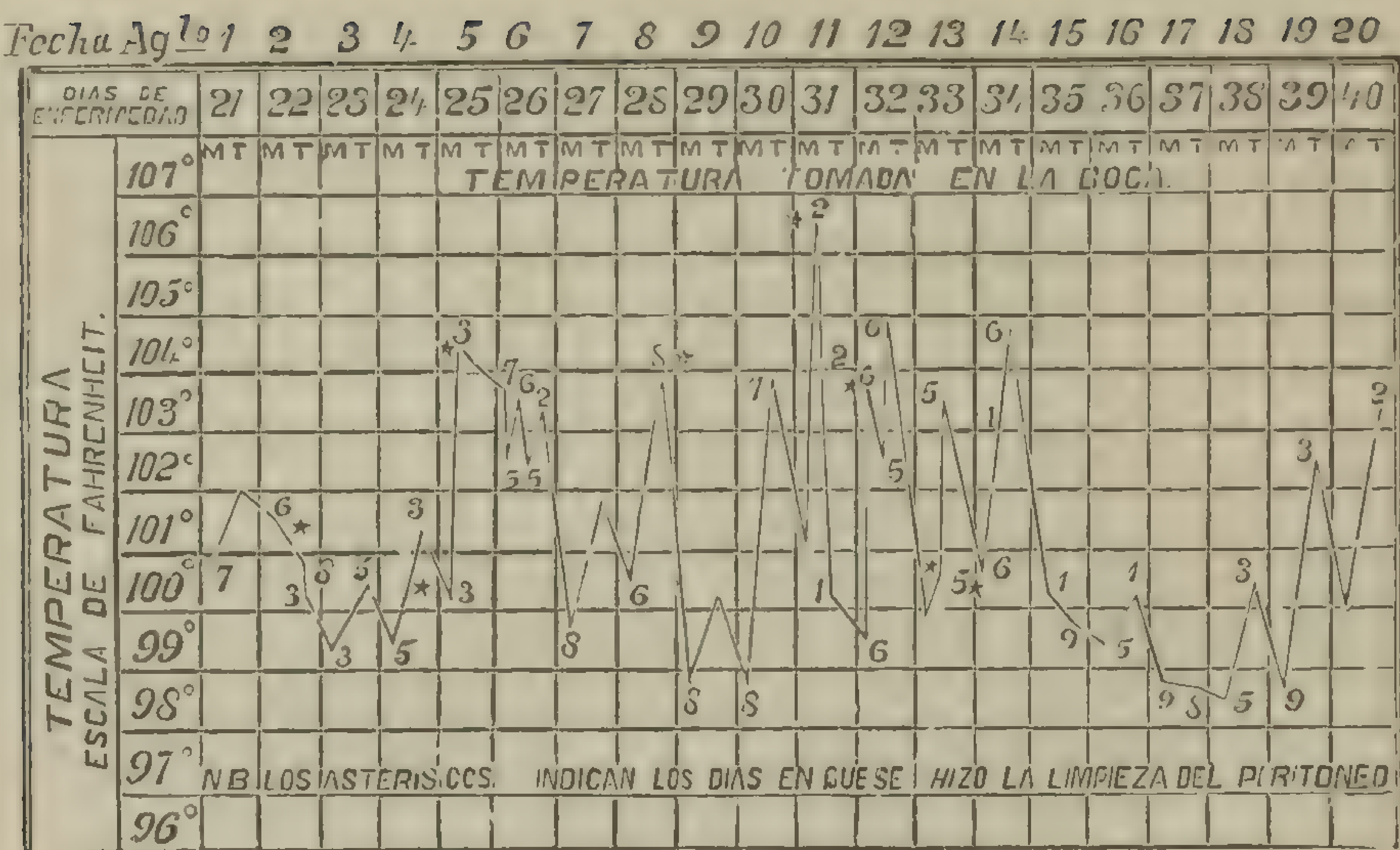


FIG. 189.

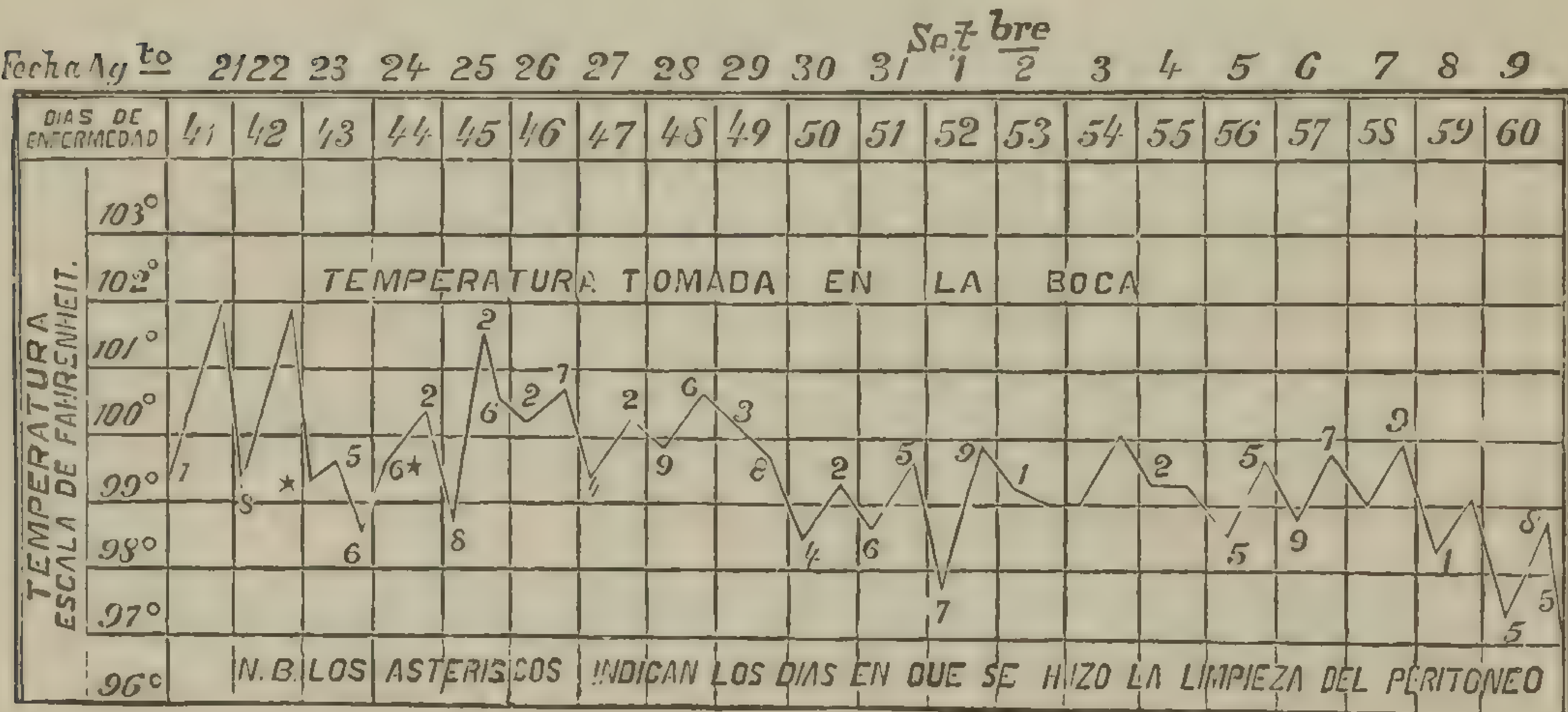


FIG. 190.

rir; hasta dónde puede ascender, curándose, sin embargo, la enferma y la influencia marcada que las inyecciones antisépticas en la cavidad del peritoneo ejercen á veces en disminuir rápidamente el calor animal.

No vaya á suponerse que sea irremediable la septicemia, una vez establecida, pues la esperiencia no lo prueba: el gran peligro de ese estado morboso estriba en la esposicion prolongada á la absorcion de elementos sépticos. "Los dos descubrimientos mas grandes, que la ciencia debe á Virchow, dice el Dr. Carl Both,[1] son, á mi modo de ver, haber establecido la vida independiente de la célula animal, y el hecho importante de que la sangre viva no puede contener ó retener líquidos sépticos ó pútridos, á ménos que se encuentre constantemente alimentada de tales sustancias por un foco de degeneracion y podredumbre."

Este método de combatir eficaz y satisfactoriamente el mayor de los peligros consecutivos á la ovariotomía, no lo considero inferior en impor-

[1] Boston Gynecol. Journ., 1869, p. 356.

tancia á ningun otro adelanto introducido desde el descubrimiento de la operacion misma. Lo empezó el Dr. E. R. Peaslee, y hasta ahora, que yo sepa, no ha adquirido el rango legítimo que le corresponde.

Con respecto á dicho método, es importante conocer el efecto producido en su inventor por la esperiencia de quince años. En un artículo que escribió en 1870, llega á las conclusiones siguientes :

"1. Las inyecciones intra-peritoneales de agua tratada con el licor de Labarraque, ó con el ácido fénico, ó, segun se ha esplicado ántes, pueden hacerse con completa seguridad, despues de la ovariotomía, siempre que estén indicadas.

"2. Deben emplearse con objeto *curativo* en todos los casos de septicemia, ya desarrollada; y como *preventivo*, en aquellos en que se tema su desarrollo, por la presencia en la cavidad peritoneal de un líquido, cuya descomposicion la produzca.

"3. Empleadas de este modo reducirán la proporcion de muertes por septicemia consecutiva á la ovariotomía de $\frac{1}{6}$ ($17\frac{1}{17}$ por 100) de todas las que mueren despues de la operacion á $\frac{1}{36}$ ($2\frac{16}{17}$ por 100); y aumentarán el éxito medio de la ovariotomía de 70 á 74 ó 75 por 100.

"4. Nunca debe pensarse en inyecciones intra-peritoneales sino con objeto de estraer de la cavidad peritoneal algun líquido que haya causado ya la septicecemia, ó la deba determinar indudablemente.

"5. En cualquier caso de ovariotomía en que se tema la coleccion de semejante flúido, puede con entera seguridad introducirse un lechino por dos ó cuatro dias, en el ángulo inferior de la incision.

"6. Por último, la septicemia sería mas rara despues de la ovariotomía, si ántes de reunir la herida se limpiase escrupulosamente de todo líquido la cavidad peritoneal por medio de esponjas."

Como mejor se evita la peritonitis, causa de la muerte en tres cuartas partes de todas las operadas que sucumben despues de la operacion, es dejando en la cavidad del peritoneo las ménos ligaduras posible ; estrayendo toda sustancia putrescente, y manteniendo las vísceras abdominales en reposo ; para lo cual se impiden las funciones de la vejiga y el recto, y se aplica un vendaje.

Si la peritonitis se desarrollare muy á los principios, y fuere evidentemente resultado de haber interesado de algun modo la operacion al peritoneo, y no de la putrefaccion de líquidos dejados dentro de su cavidad, se combatirá, sin pérdida de tiempo, por la administracion á larga mano y continuada del opio, segun el plan de Alonzo Clark. Se mantendrá el vientre en un estado riguroso de astriccion, y la enferma acostada de espaldas y en completo reposo, reduciendo la alimentacion á leche, y no administrando otro medicamento que el opio. Son encontradas las opiniones acerca del beneficio producido por las aplicaciones sobre el vientre, siendo la mia que los fomentos de trementina, las vejigas de hielo, y las cataplasmas calientes son igualmente perjudiciales ; y aunque las últimas son muchas veces beneficiosas cuando la enfermedad está circunscrita á la pélvis, en los casos de peritonitis general parece ganar mucho la enferma con no usarlas.

Cuando la peritonitis se desarrolla despues de haber trascurrido cuatro ó cinco dias, es probablemente efecto de la putrefaccion de líquidos y habrá que tratarla desde el primer momento con las inyecciones peritoneales. Tal es mi opinion, aunque la emito con no poca reserva. Si se manifiesta aun mas tarde, en el décimo ó duodécimo dia, por ejemplo, debe ser resultado del derrame en el peritoneo de flúidos enquistados, y habrá asimismo que combatirla por medio de las inyecciones, siempre que estas pueden practicarse sin abrir de nuevo la herida abdominal. Con objeto de evitar esta última necesidad, empleo yo tan generalmente un tubo de drenaje.

No puede darse regla fija en cuanto al tiempo en que deban quitarse las suturas, pues esto dependerá de la rapidez y perfeccion de la reunion; algunas de ellas pueden quitarse al sesto, sétimo, y octavo dia, cuando la herida se reune por primera intencion. Se debe tener siempre mucho cuidado, sin embargo, quitándolas sólo de aquellos puntos donde la reunion se haya efectuado con solidez, y sosteniendo firmemente el abdómen despues con tiras de esparadrapo. Cuando se emplea el *clamp*, ó cuelga fuera del abdómen la ligadura, se quitarán tan pronto como, á consecuencia de esfacelo, no afiancen ya nada y se caigan, pero sin ejercer en ellos traccion. Recientemente se refirió ante una sociedad de Lóndres, un caso, en el cual la separacion demasiado prematura del *clamp* había determinado una eventracion rebelde de un asa intestinal, que produjo una peritonitis funesta. Este caso sirvió de testo á Mr. Wells para ponderar la necesidad de que se dejase siempre puesto el *clamp* hasta que estuviese á punto de caerse, lo que sucederá generalmente del octavo al décimo dia.

Debe precaverse á la enferma que no se levante demasiado pronto despues de la convalecencia; y aun cuando ya pueda andar de un lado para otro es necesario que evite cuidadosamente todo esfuerzo violento, debiendo por espacio de uno ó dos años usar un corsé abdominal bien adaptado, como preventivo contra la hernia ventral. Este accidente ha ocurrido en dos de mis casos, separándose las paredes abdominales, cosa de 4 pulgadas, y quedando los intestinos sostenidos solamente por la piel, el tejido areolar y el peritoneo. En un caso estos últimos cedieron á la presion, y un año despues de la ovariotomía salió un tumor del tamaño próximamente de un riñon, con una masa de epiploon adherida.

CAPÍTULO XLVII.

ENFERMEDADES DE LAS TROMPAS DE FALOPIO.

Anatomía.—La identidad de estructura de los oviductos ó trompas de Falopio, y la matriz, podrá apreciarse por el estudio de la formacion de estos órganos en embrion, segun han sido descritos por investigadores modernos, y sobre todo por Leukart, Thiersch, y Kölliker.

En las paredes del cuerpo de Wolff, situado, en el embrion femenino, cerca de los riñones, y en cada lado, se desarrolla un conducto estrecho cuya parte inferior termina en los dos ángulos del útero, miéntras que su estremidad mas distante ejecuta "un movimiento rotatorio de adelante atras, y de arriba abajo, hallándose todo, junto con los ligamentos ováricos y redondos, envuelto en dobles repliegues del peritoneo, que crecen simultáneamente con las partes mismas, llegando á constituir por último los ligamentos anchos del útero."[1] Al encontrarse estos canales en la línea media se confunden formando la parte inferior de la matriz y toda la vagina, hasta el hímen. El arco del fondo se forma despues con toda probabilidad por la fusion progresiva de abajo hácia arriba, aunque esto es algo dudoso. Thiersch,[2] que ha hecho sus investigaciones en embriones de ganado lanar, cree que se verifica de abajo hácia arriba; miéntras que Kölliker, que esperimentó en los de ganado vacuno, opina que empieza por el centro; y el Profesor Dohm, cuyas observaciones fueron hechas en embriones de zorras, ovejas, puercas, y ganado vacuno, concluye que principia entre el tercio medio y el inferior, estendiéndose hácia arriba y hácia abajo. Todo esto ocurre muy en el comienzo de la vida embrionaria, completándose, segun Dohm, á fines del segundo mes. Esta identidad de estructura hace que exista naturalmente una simpatía íntima entre dichos órganos, tanto en la salud como en las enfermedades.

[1] Treatise on Human Physiology, por J. C. Dalton, p. 645.

[2] Transac. Insbruck Convention, por el Profesor Dohm, de Marburg. Obstet. Journ., vol. iii, p. 167.

En la mujer adulta, mide la trompa derecha, segun Carl Hennig,[1] 9½ centímetros, y la izquierda sólo 8½, presentando su estremidad abdominal nueve franjas grandes y diez pequeñas. Las paredes de estos tubos se componen de tres capas: 1ª. La peritoneal, que los cubre hasta el pabellon. 2ª. La de tejido conjuntivo, en que se encuentran esparcidas dos series de fibras musculares, las esternas ó longitudinales y las internas ó trasversales, siendo unas y otras prolongaciones del tejido muscular del útero y de los ligamentos anchos. Hennig declara que los planos de fibras longitudinales y trasversales obtienen un desarrollo escesivo en la embocadura uterina de las trompas, donde las fibras trasversales forman un verdadero *sphincter tubæ*. 3ª. La capa mucosa tapiza la superficie interna del oviducto, y es notable por sus repliegues grandes y pequeños muy perceptibles cerca del pabellon, aunque van haciéndose gradualmente insignificantes á medida que se acercan al útero. Mr. Bowman ha descubierto dentro de esta membrana glándulas tubarias que consisten en estructuras en forma de uvas que se profundizan en direccion del plano muscular subyacente. Estas glándulas son distintas de los folículos mucíparos de la vagina, de los huevos de Naboth que se encuentran en el cuello del útero, y de los folículos utriculares de la cavidad de la matriz; están tapizadas de epitelio pavimentoso, y Hennig[2] las describe muy estensamente, aunque Kölliker niega su existencia. La mucosa que tapiza la trompa sin profundizarse en estas glándulas, está cubierta de un epitelio vibrátil, cuyas pestañas se mueven desde el ovario hácia el útero, con el fin aparente de conducir los óvulos á la matriz, y de empujar en la misma direccion la sangre menstrual exudada por la mucosa del oviducto durante el proceso de la ovulacion. Los espermatozoides, que, como sabemos, pasan por el útero y llegan hasta los ovarios, vencen la accion contraria de las pestañas epiteliales del oviducto, merced á los movimientos activos de que ellos mismos están dotados.

Es, por lo ménos, muy probable que el estado eréctil provocado en la mucosa del útero y de las trompas por la contraccion de su capa media de fibras musculares determine, tanto en el primero como en las últimas, la rotura de los vasos sanguíneos y la hemorragia consiguiente. Hennig[3] asegura que "durante el período menstrual la mucosa de las trompas adquiere en toda su estension un color rojo oscuro." Ruysch, antiguo anatómico, de Amsterdam, que escribía en 1737, describe una autopsia en que descubrió que los tubos de Falopio contenían sangre; y aunque algunos entre los que han escrito sobre la historia del hematocele han considerado esto como un ejemplo de dicha afeccion, el párrafo parece referirse simplemente á un estado dependiente de la ovulacion. Los Sres. Bernutz y Goupil[4] mencionan ejemplos de acumulaciones sanguíneas en las trompas á consecuencia de algun obstáculo en

[1] Uterine Catarrh, Traduccion publicada en el Obstet. Journ., t. iii, p. 468.
[2] Ob. cit., p. 473. [3] Ob. cit., p. 470. [4] Ob. cit., t. i.

ellas, y el Dr. Duncan[1] admite que cierta cantidad de sangre puede provenir del oviducto durante una menstruacion normal. En dos de mis casos de ovariotomía en que empleé el *clamp*, las enfermas menstruaron con regularidad tres veces, por la trompa y por la vagina simultáneamente, cerrándose despues la abertura abdominal, y verificándose el flujo sólo por la vagina. Otros casos análogos se han mencionado, y como en todos la sangre salía libremente *per vaginam*, no es razonable suponer que el fenómeno fuese debido á la ocurrencia de regurgitacion; siendo la sangre que salía por la trompa con mas probabilidad el resultado de una hemorragia en dicho conducto, cuya estremidad uterina se hallaba contraida por la traccion que la hacía esperimentar el aprisionamiento del estremo abdominal en la herida.

Las lesiones que pueden afectar las trompas de Falopio son:

Inflamacion;
Estrechez;
Distension;
Dislocaciones.

Inflamacion de las trompas, ó salpingitis.—Es la flegmasía de su membrana mucosa, y puede ser aguda ó crónica.

La forma aguda suele ser resultado de la endometritis puerperal ó de blenorragia, que se ha estendido por la membrana mucosa uterina. En dos casos he observado, que esta última afeccion por poco mata á la enferma, pues no solo invadió la mucosa del útero, sino que despues determinó una pelvi-peritonitis, llegando sin duda al peritoneo á traves de las trompas.

La salpingitis crónica es una de las fuentes de la leucorrea uterina, y por lo comun afecta permanentemente el calibre de las trompas, estrechándolas unas veces, y otras dilatándolas. A la dilatacion de estos conductos es probablemente debida la diferencia que se nota entre los informes de diversos observadores con respecto al peligro de las inyecciones intra-uterinas, pues una vez destruida la accion del *sphincter tubæ* de uno ó ámbos lados, el líquido inyectado en la matriz entra algunas veces en las trompas, donde escita contracciones, espasmo, y una inflamacion aguda de cáracter violento, que pueden continuar hasta producir peritonitis y la muerte. Cuando existe la dilatacion, no es raro, ni mucho ménos, que la sonda uterina penetre algunas pulgadas á lo largo del oviducto, habiendo observado yo varios cases incuestionables en que esto sucedía; y digo incuestionables porque la sonda tenía necesariamente que seguir una de estas dos direcciones: ó atravesar el fondo del útero para entrar en el peritoneo, ó penetrar por el conducto de una de las trompas.

Como este punto ha sido objeto de alguna discusion, no será inoportuno que aluda brevemente á dos de los casos mencionados.

[1] Fecundity, Fertility, and Sterility, p. 388.

Un médico que reside cerca de esta ciudad me escribió, para hablarme del caso de su esposa que padecía una endometritis crónica del cuerpo, hacía ya algunos años. Al emplear la sonda, se había alarmado viéndola penetrar en el órgano cerca de 6 pulgadas. La señora vino á mi oficina, y aunque yo introduje varias veces la sonda, sólo penetró poco mas de 3 pulgadas. Al volver á su casa, el marido, sorprendido de mis resultados, empleó de nuevo el instrumento, introduciéndolo como ántes mas de 5 pulgadas ; y con objeto de descifrar el enigma, vino inmediatamente con ella, y al examinarla los dos juntos, le enseñé claramente la profundidad verdadera del útero, que era poco mas de 3 pulgadas, y en seguida introduje dos veces la sonda unas 2 pulgadas por una de las trompas.

Uno de mis ayudantes en la clínica me indicó, como asunto propio para una conferencia, una enferma, cuyo útero media cinco pulgadas, y que no presentaba mas síntomas que los de un catarro uterino ordinario. Despues de haberme referido á este fenómeno en la clínica, tuve oportunidad de examinar á la enferma y encontré que la sonda sólo penetraba 3 pulgadas; confiando, dada la exactitud característica de mi ayudante, que este no podía haberse equivocado, manifesté desde luego á la clase á lo que atribuía semejante diferencia, y en presencia de los estudiantes introduje la sonda por el oviducto derecho, obteniendo entónces una profundidad de 5 pulgadas. En seguida, á fin de evitar toda posibilidad de error, hice que mi ayudante corroborase estas dos mediciones, lo que verificó penetrando la sonda tambien, primero 3 pulgadas, hasta el fondo del útero, y despues 2 pulgadas mas, por la trompa derecha. Hildebrandt[1] menciona dos casos en que introdujo la sonda por el oviducto, y Veit,[2] Mathews Duncan,[3] Noeggerath,[4] y otros, han publicado ejemplos análogos.

En la inflamacion aguda y crónica de las trompas el gran peligro consiste en la pelvi-peritonitis, que puede estenderse y causar la muerte, siendo en parte debida al derrame en el peritoneo del contenido de los tubos inflamados.

En cuanto á los síntomas, muy poco puede decirse ; pues la forma crónica quizás exista durante años, determinando la dilatacion del conducto, sin manifestar fenómenos que llamen la atencion ; miéntras que la aguda determina con tanta rapidez una peritonitis local, que sus síntomas se pierden en los de esta afeccion. No hay tratamiento especial que le sea aplicable, escepto la adopcion de medios preventivos contra la peritonitis, como el reposo, los opiados, las sanguijuelas, y la prohibicion rigurosa del cóito.

El estudio patológico de las enfermedades tubarias es muy intere-

[1] Barnes's Report on Midwifery, Brit. and Foreign Med.-Chir. Review, Octubre, de 1868.
[2] New York Obstet. Journ., t. i, p. 267. [3] Edinburgh Med. Journ., 1856.
[4] Discurso ante la Sociedad Obstétrica de Nueva York.

sante ; pero la oscuridad del diagnóstico es tal que nada ganaríamos con estendernos mas acerca de ellas.

Estrechez.—Las trompas de Falopio, que suelen ser imperfectas ó faltar, cuando falta la matriz ó no está desarrollada, pueden presentar una contraccion de su calibre, aun despues de su desarrollo completo. La estrechez puede ser producida por las siguientes causas :

Depósito calcáreo ;
Atrofia senil ;
Salpingitis ;
Pelvi-peritonitis ;
Tubérculos, ó tumores fibrosos.

La obliteracion parcial del conducto, cuando afecta simultáneamente ámbos lados, determina la esterilidad, y á veces, permitiendo la acumulacion de líquidos, causa una hidropesía tubaria ; y no es raro que el aprisionamiento de la sangre menstrual en las trompas produzca la rotura de estas y el hematocele y peritonitis consecutivos. De 258 casos de atresia congénita de los órganos genitales analizados por Mr. Puech, los oviductos estaban dilatados en 15, y en 5 rotos. Esta condicion morbosa no puede diagnosticarse, ni aliviarse por ningun tratamiento, y por lo tanto constituye mas bien estudio para el anátomo-patólogo, que para el ginecólogo.

Distension.—Las trompas pueden dilatarse por una acumulacion de moco, pus, sangre menstrual, ó sustancia sero-mucosa segregada por la membrana mucosa alterada, que acompaña á una escesiva y prolongada

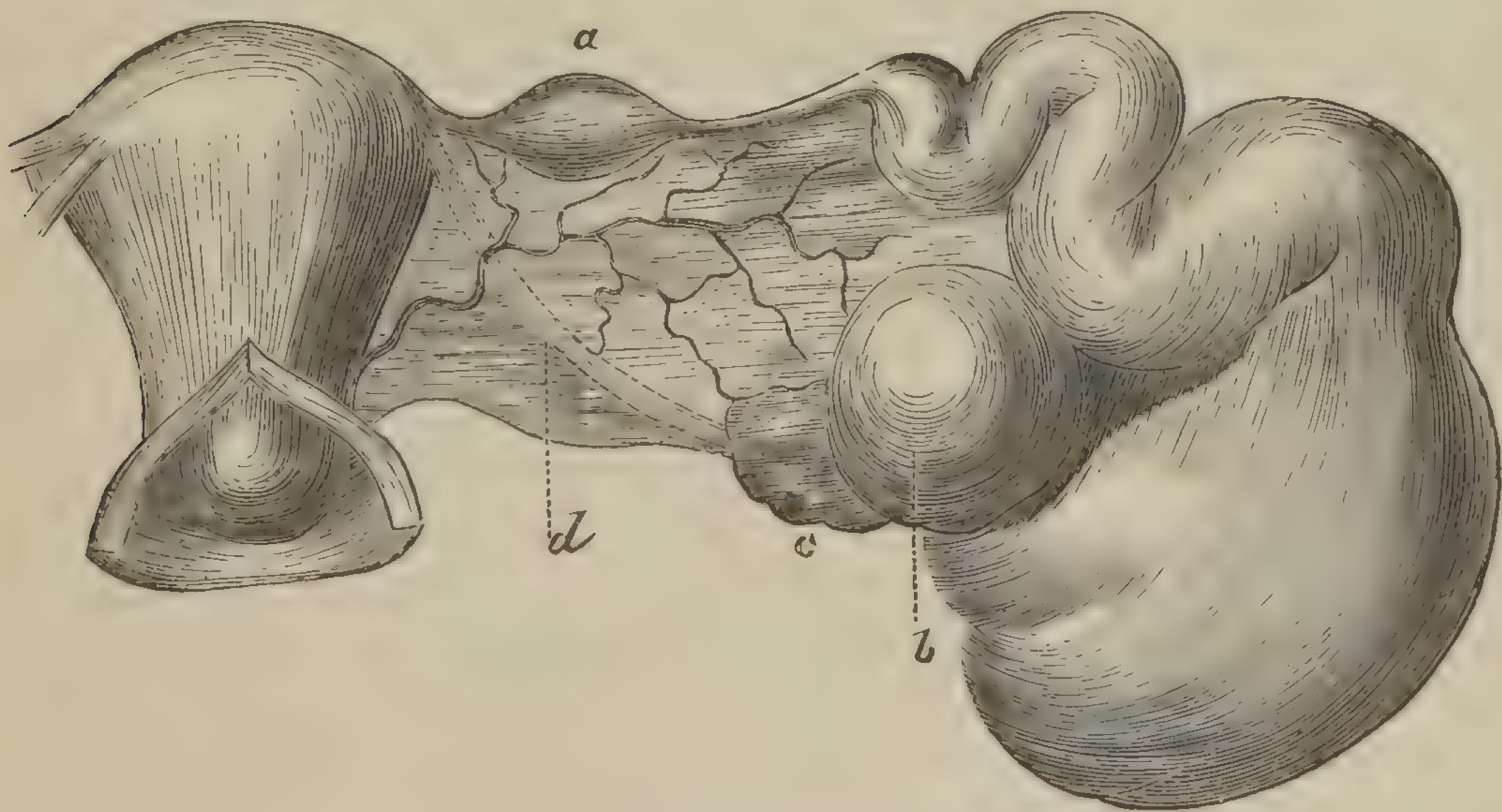


FIG. 191.—Hidropesía tubaria. (Boivin y Dugès.)

distension. La causa activa de este estado morboso la constituye siempre la estrechez del conducto que impide el desagüe de este en el útero. Cuando la distension es muy grande, el flúido acumulado se escapa ul-

teriormente por la abertura uterina de la trompa, constituyendo la hidropesía fluente de Rokitansky; ó bien se derrama en el peritoneo por el pabellon del oviducto; ó bien se verifica la rotura del tubo. Semejante acumulacion puede producir un tumor del volúmen de la cabeza de un niño de diez años, y segun algunos aun mas grande, aunque la autenticidad de los últimos casos es muy problemática. La distension de la trompa por serosidad mucosa pertenece propiamente al género de quistes que Virchow ha descrito con el nombre de quistes por retencion.

En los casos avanzados en que el tumor, por ejemplo, ha adquirido las dimensiones que acaban de mencionarse, el diagnóstico es difícil y á veces imposible, aunque hay para establecerlo los medios siguientes: En el espacio retro-uterino, y ligeramente hácia un lado, se percibe un tumor fluctuante, movedizo, de forma prolongada, cuyos contornos son ondeados, y que puede separarse del útero. Kiwisch, segun Scanzoni, declara que en estos casos la existencia á un lado del fondo de la matriz de un tumor elástico, mamelonado, y de forma prolongada, justifica el diagnóstico de hidropesía tubaria; pero Scanzoni no está de acuerdo con el autor que cita, considerando que es imposible llegar á un diagnóstico positivo. El tratamiento mas oportuno, si puede diagnosticarse el mal, consiste en la puncion por la vagina.

Dislocaciones.—Los oviductos pueden escaparse con otros tumores herniarios por el anillo crural ó inguinal, y cuando el útero se invierte pueden descender en la cavidad del órgano dislocado. La trompa se disloca generalmente junto con el ovario, aunque á veces suele descender sola. El Dr. Scholle[1] menciona el caso de una niña, muerta á los 20 dias de nacida, en la que se descubrió un tumor que se estendía desde la region inguinal hasta el labio derecho de la vulva, formado por la trompa de Falopio que se encontraba suelta; y M. Bérard ha publicado tambien un caso en que el oviducto solo formaba una hernia crural, que terminó por la muerte.

El Profesor Rokitansky,[2] y el Dr. Turner, de Escocia, han llamado recientemente la atencion á la separacion de la trompa y el ovario, á consecuencia de la traccion determinada por falsas membranas ó por el peso aumentado de la glándula. Rokitansky cita 12 casos en que ocurrió dicho accidente.

Otras enfermedades de las trompas.—Los oviductos, además de los desórdenes mencionados, son algunas veces asiento del cáncer, de tubérculos, de tumores fibrosos, de abcesos, y de colecciones sanguíneas en su cavidad que resultan de hemorragia de su membrana mucosa. La analogía entre dichos desórdenes, cuando ocurren aquí, y cuando sobrevienen en otros órganos, es tan marcada, que consideramos innecesaria su descripcion.

[1] Courty, ob. cit.

[2] Sydenham Soc. Year-Book, 1861.

CAPÍTULO XLVIII.

CLOROSIS.

Definicion y sinónimos.—Esta enfermedad es probablemente una neurosis del sistema nervioso ganglionar, que trastornando el dominio que dicho sistema ejerce sobre las funciones de la vida orgánica, manifiesta como síntomas de su existencia, empobrecimiento de la sangre, constipacion, dispepsia, palpitacion, y alteraciones é irregularidades menstruales.

La clorosis, si bien es probable que pueda sobrevenir en el hombre, tanto como en la mujer; que se observe algunas veces en mujeres que han pasado la edad de la pubertad; y aunque se ha visto escepcionalmente en niñas de tierna edad, se manifiesta con mayor frecuencia en la pubertad, cuando se despiertan las funciones de los ovarios, hasta entónces inactivos, y la niña se va rápidamente trasformando en mujer. Este hecho ha sido causa de que muchos observadores supusieran que era la enfermedad efecto de algun trastorno de la ovulacion y menstruacion, aunque es mas probable que el entorpecimiento del útero y de los ovarios, así como el estado especial de la sangre, tan característico de la afeccion, sea simplemente un fenómeno de enfermedad funcional del sistema simpático de los nervios.

La clorosis ha sido descrita con los nombres de anemia, ó espanemia (empobrecimiento de la sangre), enfermedad parecida con la que la han confundido comunmente los autores; de cloro-anemia, mal verde (*green sickness*), *cachexia virginum*, *morbus virginius*, y otros muchos.

Frecuencia.—La afeccion es muy frecuente en todo centro civilizado, observándose mas á menudo donde mayor es la tendencia desarrollada por la sociedad al lujo y á las costumbres enervantes; así es que en las grandes ciudades y en los círculos mas elevados, es mucho mas comun que en los pueblos de campo, y entre las clases bajas de la sociedad, donde se vive de un modo mas natural y saludable.

Historia.—Por ser muy fácil de reconocer el rasgo característico de

esta enfermedad, y de tal naturaleza que escita no solamente la atencion, sino la ansiedad, ha sido, desde los mas remotos tiempos, objeto de estudio de los médicos. Sin embargo, aunque en las obras de Hipócrates se encuentran alusiones á la afeccion, Valleix afirma que fué F. Hoffman,[1] escritor de mediados del siglo xviii, el que primero la describió estensa y satisfactoriamente. Sydenham,[2] que floreció á mediados del siglo xvii, describe la "enfermedad verde," pero solo dedica diez líneas contadas, á todo el asunto, sintomatología y tratamiento. La enfermedad atrajo mucho la atencion en el siglo pasado, y gracias á las investigaciones de Andral, Becquerel, Rodier y otros, ha dado un buen paso nuestro conocimiento de su patología.

Patología y síntomas.—Antes de entrar en esta parte de nuestro asunto, debemos aludir con especialidad al hecho ya mencionado, de que la clorosis y la anemia son frecuentemente descritas como afecciones idénticas, con el último nombre. El análisis químico de la sangre revela que el estado patológico existente en ámbas enfermedades es muchas veces el mismo, á saber: disminucion numérica de los glóbulos rojos, y reduccion con el tiempo, de todos los elementos sólidos de la sangre. Tambien son idénticos muchos de sus síntomas, como por ejemplo, la palidez, las palpitaciones del corazon, la disnea, la existencia de un murmullo sistólico fuerte en el corazon, etc. Pero, á pesar de estos hechos, es de notarse que aun los escritores que describen ámbas enfermedades con el nombre comun de anemia, se ven precisados á admitir la existencia de una forma especial que se manifiesta sólo en el sexo femenino y en el período de la pubertad, presentando caractéres no observados en otras circunstancias. El Profesor Flint[3] dice, refiriéndose á la etiología de la anemia:

"Las causas obvias pueden dividirse en las tres clases que acaban de mencionarse, á saber: 1ª, causas que implican una pérdida efectiva de glóbulos rojos, como las hemorragias; 2ª, causas que implican la escasez de materiales para la asimilacion; 3ª, causas que determinan el consumo de aquellos elementos constitutivos del *liquor sanguinis*, de que depende la produccion de glóbulos rojos.

"Las causas no siempre son aparentes. La anemia puede presentarse en el sexo femenino, en la época de la pubertad, ó cerca de ella, y cuando no ha habido ni pérdida de sangre, ni escasez en los alimentos, ni consumo insólito del plasma de la sangre. En tales circunstancias constituye la afeccion á que se aplicó el nombre de clorosis ántes de que se conociera perfectamente el estado anémico. Si se conserva dicho nombre, es preciso que se le considere como espresivo de la anemia que sobreviene en las circunstancias que acabamos de mencionar."

He copiado estos dos párrafos, no con el simple objeto de citar las ideas del eminente autor de que dimanan, sino como ejemplo de la posicion adoptada por los que consideran estas afecciones idénticas en sus

[1] De Morb. Virgin.
[2] Sydenham Soc. Ed. of Works, t. ii, p. 288.
[3] Flint's Practice of Medicine, 2ª edicion, p. 62.

caractéres patológicos, y distintas sólo en cuanto al período de la vida en que se desarrollan. La descripcion de los síntomas, marcha y tratamiento de la clorosis de que nos ocuparemos sucesivamente, me justificará en seguir el ejemplo de Becquerel, Valleix, y otros muchos escritores franceses, que los consideran esencial y enteramente distintos en su naturaleza.

Algunos patólogos franceses, guiados por Becquerel, de Paris, han enunciado recientemente la idea de que la diferencia principal entre la clorosis y la anemia consiste en ser la última simplemente un estado de la sangre, miéntras que la primera es una enfermedad del sistema nervioso que puede, ó no, producir la última.

A continuacion presentamos las diferencias mas notables entre las dos enfermedades :

ANEMIA.	CLOROSIS.
Esta consiste simplemente en un empobrecimiento de la sangre debido á la falta de nutricion por alguna pérdida orgánica, ó por algun envenenamiento de la sangre.	Esta consiste en una enfermedad del sistema nervioso, que puede sobrevenir causando ó no su fenómeno mas comun, la anemia.
Su existencia se esplica comunmente por el descubrimiento de alguna causa especial.	Su existencia no puede esplicarse comunmente por el descubrimiento de ninguna causa especial.
Ocurre en los hombres, las mujeres, y los niños, y en cualquier época de la vida.	Su tipo verdadero se presenta generalmente en las jóvenes, cerca de la pubertad.
La supresion de la causa, una alimentacion generosa, y la administracion del hierro, la curan fácilmente.	Los remedios que obran sobre el sistema nervioso, como los tónicos y los alterantes, son los únicos que son beneficiosos.
El empobrecimiento de la sangre la caracteriza siempre.	Existe algunas veces sin empobrecimiento de la sangre.
Causa un aspecto pálido y abotagado.	La piel presenta un tinte ligeramente verdoso.
No causa por lo comun tristeza ni gran inquietud nerviosa.	La tristeza é inquietud nerviosa existen comunmente.
No la acompañan con especialidad las neuralgias de las vísceras.	Las neuralgias de las vísceras la acompañan constantemente.
No existe ninguna afeccion especial del plexo solar.	La enferma se queja comunmente de dolor y sensacion de malestar ó inquietud que refiere al plexo solar.
El hierro produce siempre buenos resultados.	El hierro suele no producir beneficio.
Los enfermos mejoran rápidamente, una vez suprimida la causa del mal.	La mejoría de la enferma es muy lenta, despues de suprimida la supuesta causa del mal.

El rápido desarrollo por medio del cual la niña se trasforma en mujer, y el niño en hombre, constituye desde luego uno de los procesos fisiológicos mas notables, importantes, é interesantes, que se verifican en la economía animal. No es necesario enumerar aquí las alteraciones especiales que á la sazon ocurren, bastando decir que todo ese cambio coincide con el desarrollo de los ovarios, y de los testículos respectiva-

mente, de modo que los órganos mencionados primero, adquieren la facultad de producir óvulos perfectos, y los últimos la de segregar espermatozoides fructíferos. Pero si sobreviene un accidente cualquiera por el cual no se verifica el crecimiento y desarrollo de ovarios, ó testículos, el resultado es que la niña nunca llega á ser una mujer hecha y completa y el muchacho crece, sólo para hacerse un hombre imberbe, afeminado, de voz chillona.

En las clases inferiores de animales, y sobre todo en los machos de muchas especies, si se interviene con la castracion en el desarrollo de la pubertad, el resultado es mucho mas notable. Si de dos potros criados en la misma caballeriza y de la misma sangre, castramos uno dejando el otro entero, el castrado saldrá un caballo fino y manso, miéntras que el otro se desarrollará fuerte, arrogante y vicioso. Entre el toro y el buey, el contraste, como sabemos, es aun mas marcado.

El sistema nervioso ganglionar ó simpático, que dirige este proceso de desarrollo llamado pubertad, tiene que ser necesariamente asiento de una sensibilidad escesiva al establecerse aquella. Es probable que en semejante estado de exaltacion afecte con frecuencia, en la mujer, un desórden funcional que produzca el encadenamiento de síntomas á que aplicamos el nombre de clorosis. Y digo probable, porque es preciso confesar que la teoría que he enunciado es simplemente una hipótesis sugerida por las observaciones clínicas de semejantes casos, y no basada en el exámen cadavérico, ni otras evidencias físicas.

Espongamos esta opinion con otras palabras. En la época crítica de la pubertad, cuando se está verificando una serie de cambios especiales é importantes, en que es instrumental el sistema nervioso del gran simpático, este parece predispuesto, en la mujer, á una influencia morbífica que en alto grado lo paraliza deteriorando sus funciones. La tristeza, trastornos nerviosos é irascibilidad denotan su establecimiento ; en seguida sobrevienen las neuralgias de los miembros, que se alternan con la de la cabeza, y de las vísceras ; el apetito se pierde ó se deprava el gusto, antojándose á la jóven las sustancias mas impropias, como por ejemplo el yeso, la tierra, la pizarra, y otros artículos de carácter alcalino ; miéntras que otras veces apetece sustancias ácidas como el vinagre, el zumo del limon, las legumbres encurtidas, etc. ; la digestion se debilita, ó se presenta la dispepsia y el meteorismo. Generalmente no tarda en trastornarse la hematosis, manifestándose la anemia, con la que coinciden amenorrea, estreñimiento, palpitaciones cardíacas, sensibilidad á lo largo del ráquis, malestar en el plexo solar, enfriamento de las estremidades, y coloracion escesiva é irregular de la cara.

Raciborsky evidentemente considera la patología de la enfermedad debida á algun trastorno del sistema nervioso ganglionar. En su tratado "*de la puberté, et de l'âge critique chez la femme*"[1] dice, refiriéndose á esta afeccion :

[1] Pág. 240.

"La clorosis es una afeccion muy comun en las jóvenes próximas á entrar en el período de la pubertad. No es este el lugar mas oportuno para discutir el carácter primordial ó la causa remota del mal; ó si principia en la modificacion de la sangre que lo caracteriza, ó por otro lado, como parece mas probable, semejante alteracion depende de alguna lesion de una parte importante, como por ejemplo el nervio simpático mayor, cuyas numerosas relaciones esplicarían á la vez la modificacion de la sangre y varios trastornos de los órganos digestivos, respiratorios y genitales, y todas las perturbaciones de la sensibilidad general."

La compresion á lo largo del ráquis descubrirá generalmente un punto muy sensible cerca de la sétima vértebra cervical, notándose otros superiores é inferiores á este. La auscultacion revela un murmullo sistólico fuerte en la base del corazon, y si se coloca el estetóscopo sobre las arterias gruesas del cuello, puede percibirse el ruido de fuelle. No es raro encontrar el esternon, las clavículas, y los espacios intercostales, muy sensibles á la presion.

La mayor parte de estos síntomas denotan el efecto que el mal produce en el sistema nervioso. El estado particular de la sangre, que comunmente existe, ha sido objeto, sin embargo, de especial atencion, considerándolo muchos autores célebres como el elemento principal de la afeccion. Becquerel[1] en su precioso artículo sobre este asunto, recapitula como sigue las alteraciones que se efectúan ordinariamente en la sangre:

"1ª. El agua de la sangre está notablemente aumentada, lo cual disminuye la densidad de este líquido. La proporcion es la misma que en la anemia.

"2ª. Los glóbulos están disminuidos en número.

"3ª. La cantidad de fibrina es ordinariamente normal.

"4ª. Las partes grasientas y salinas conservan sus proporciones normales, como tambien, por lo general, la albúmina; aunque en los casos muy graves y rebeldes, esta última disminuye, y entónces observamos, como resultado, infiltraciones hidrópicas."

Los patólogos alemanes parecen rechazar casi unánimemente la teoría nerviosa de la produccion de la clorosis, y Rokitansky y Virchow han adelantado el aserto de que los casos graves é incurables son debidos á una *aplasia*, ó segun Virchow á una *hipoplasia* del corazon y grandes vasos arteriales, y á un desarrollo defectuoso del sistema de la generacion. La enfermedad segun ellos es mas bien congénita que adquirida.

Modo de desarrollo.—La clorosis se desarrolla por lo general de una manera muy insidiosa. En una jóven que ha gozado buena salud anteriormente, lo primero que comunmente se nota es la languidez, tristeza, é inclinacion á la soledad; fenómenos que van seguidos de palpitaciones cardíacas despues del ejercicio, escasez del flujo menstrual, y palidez, ó tinte verdoso de la piel. Estas pruebas de la cercanía de una

[1] Mal. de l'Utérus, t. ii, p. 490.

enfermedad son ordinariamente causa de alarma, y el exámen escrupuloso pronto descubre otros síntomas á que ya hemos aludido. Segun mis observaciones, la sospecha que abrigan casi siempre los parientes de la enferma es, que esta se encuentra amenazada de consuncion pulmonar, ó enfermedad del corazon. Algunas veces el tejido areolar del cuerpo se infiltra de serosidad, y ocurren tambien derrames en las cavidades de la pleura y del peritoneo, pudiendo entónces suceder que aun el facultativo se equivoque, y tema que vaya á sobrevenir una hidropesía á consecuencia del mal de Bright, una lesion orgánica del corazon, ó una peritonitis crónica.

Si un error en el diagnóstico motivare el descuido del tratamiento oportuno, ó lo que es peor, si los síntomas del mal se tomaren por los de la plétora, como sé que ha sucedido mas de una vez, se manifestarán entónces los caractéres mas graves de la enfermedad, estableciéndose una condicion en estremo crítica.

Causas.—El sexo y la edad son, como bien sabemos, las causas predisponentes de la enfermedad, no siendo tan fáciles de descubrir las que absolutamente la determinan. Es probable que las causas que enumeramos á continuacion sean las mas frecuentemente activas aunque debemos mencionar que en los mas casos, no es posible descubrir ninguna causa á que pueda atribuirse la afeccion:

Tristeza escesiva, ó ansiedad mental prolongada;
Influencias domésticas de carácter triste;
Escitacion súbita de un gran temor;
Falta de movimiento, de luz, y de aire puro;
Amor contrariado;
Escitacion erótica no satisfecha;
Vigilia prolongada, é insomnio;
Nostalgia;
Trabajo mental escesivo.

Los casos mas notables de la enfermedad que he observado por mí mismo, han ocurrido bajo la influencia de un gran pesar determinado por la muerte de un pariente, por un amor contrariado, ó por la nostalgia; y el Dr. W. H. Hammond, en un artículo muy interesante que sobre la materia publicó en el Psychological Journal, de Julio de 1868, refiere un caso muy notable debido á un terror súbito y escesivo.

Antes de dejar este punto, paréceme oportuno decir que estas causas no son admitidas sin gran reserva por Becquerel, á quien mas que á otra ninguna autoridad moderna debemos nuestros avanzados conocimientos de esta interesante afeccion, y quien dice, refiriéndose á la mayor parte de las causas que he mencionado que "si no producen la clorosis, pueden por lo ménos favorecer su desarrollo."

Variedades.—Aunque en una serie de casos predominan ciertos sín-

tomas, resaltando mas en otra fenómenos diferentes, no se me alcanza una buena razon para dividir la clorosis en distintas variedades; puede ser, sin embargo, útil para el lector presentarle las seis formas adoptadas por Becquerel, que son las siguientes :

1ª. Clorosis simple;
2ª. Clorosis en que predomina la cefalalgia ;
3ª. " " " " disnea y palpitaciones ;
4ª. " " " " gastralgia ;
5ª. " " " " alteracion menstrual;
6ª. " " " " debilidad general.

Diagnóstico deferencial.—Un caso grave de clorosis puede confundirse con la anemia, con una enfermedad del corazon, con la pleuresía ó la peritonitis tuberculosa, ó aun con la tuberculizacion pulmonar incipiente ; pero el exámen hábil y concienzudo de las pruebas de lesiones orgánicas acabará por distinguirla comunmente de todos los desórdenes mencionados, aunque muchas veces es posible establecer un diagnóstico positivo sin observar mucho tiempo la marcha de la afeccion.

La suposicion de que la clorosis es idéntica á la anemia suele impedir que el facultativo pueda diagnosticarla positivamente ; pues quizás habiendo estraido una gota de sangre de las venas de la enferma y colocándola bajo el microscopio se sorprenderá al observar que no hay disminucion numérica de los glóbulos rojos, y acabará por considerar infundadas sus sospechas, ya que es un hecho bien establecido que una forma grave de clorosis puede existir con poca ó ninguna alteracion de la sangre.

Complicaciones.—La tuberculosis, la hipertrofia del corazon, la hipocondría, y el histerismo, pueden complicar la clorosis ; y yo he observado un caso en que esta afeccion se desarrolló con sus fenómenos mas inequívocos, manifestándose en seguida una córea violenta, que despues de haber durado como dos años, terminó por la muerte.

Pronóstico.—Este es siempre favorable, á ménos que exista una complicacion grave, aunque no es posible anunciar la marcha y duracion probable del mal. La mejoría podrá ser rápida y completa si se cambian todas las influencias físicas y sociales que rodean á la enferma, y se suprimen todas aquellas que causan la afeccion ; pudiendo durar la enfermedad indefinidamente si no fuere posible llenar dichas indicaciones.

Tratamiento.—El verdadero tratamiento de la clorosis debe consistir, no en tentativas estériles para vencer una, ó quizás dos de sus consecuencias, como por ejemplo, la anemia y la amenorrea, sino en un esfuerzo sistemático que tenga por objeto el logro de estos tres fines :

1°. Hacer desaparecer la causa de la enfermedad;
2°. Curar la neurosis misma;
3°. Reparar el deterioro que ha causado en el organismo.

Si se descubriere la existencia de alguna de las causas enumeradas, deberá suprimirse en cuanto sea posible, completamente y sin pérdida de tiempo. Es verdad que muchas veces no se puede descubrir la causa, y que otras muchas, aunque se descubra, no es posible hacer que desaparezca; pero si el facultativo se esfuerza siempre en indagar su existencia, el éxito obtenido de ese modo no dejará de recompensarle ampliamente.

La curacion puede, sin embargo, verificarse aun cuando no sea posible descubrir la causa especial, enviando la enferma á alguna distancia del lugar en que resida, á fin de separarla de todo lo que estuviera relacionado con las impresiones tristes que acompañaron el principio de la enfermedad. Si la enferma vive en la ciudad, la residencia en algun punto animado y alegre de temporada, ó de baños; y si vive en el campo, su traslado á una ciudad grande y populosa, será las mas veces mas eficaz que cualquier medicacion á que pudiéramos recurrir. Un viaje por mar ó á un país estraño suele producir escelentes resultados, y aun á veces una completa curacion.

El ejercicio bien regularizado al aire libre es importantísimo, siendo el montar á caballo, el remar, el caminar, el juego de bolos, etc., algunos de los mejores tónicos neurosténicos que poseemos. Los baños de mar son tambien muy útiles, y siempre que sean accesibles, deberá recurrirse á ellos con perseverancia. Todos estos medios son, sin embargo, inferiores en eficacia á una sociedad amena y agradable, lo que verifica un cambio en el sistema nervioso que no puede efectuarse con tanta certeza de ningun otro modo.

A los medios indicados se unirá la libre administracion de los tónicos neurosténicos, entre los cuales las preparaciones de arsénico, estricnina, y quinina son las mas eficaces. La corriente eléctrica constante deberá emplearse si la tolera bien la enferma, siendo muchas veces muy beneficiosa la electrizacion general.

La anemia es una complicacion muy comun de la clorosis, y el hierro está por consiguiente casi siempre indicado, siendo algunas de sus mejores preparaciones el *carbonas saccharatum*, el hierro reducido por el hidrógeno, y el vino calibeado. Una combinacion muy escelente es la de la siguiente receta:

℞. Ferri vini amari, . . .	℥ vijss,		225 gramos.
Tr. nucis vomicæ, . .	ʒ iv,	=	16 "
Solut. potassæ arsen., . .	ʒ ij,		8 "

Mézclese y tómese una cucharada de postres en una copa de vino llena de agua, inmediatamente despues de cada comida.

La alimentacion debe de ser en estremo nutritiva y compuesta de carne, huevos, caldos, animales, leche, y legumbres frescas, prescribiéndose el vino, el coñac, ó la cerveza, si estuviesen indicados con motivo de una gran debilidad.

Si los casos graves de la afeccion dependiesen de la falta de desarrollo de alguno de los órganos importantes del cuerpo, como suponen ciertos célebres patólogos alemanes, claro es que el tratamiento, limitándose á la mejoría de los estados existentes de la sangre y de los nervios, sólo sería paliativo.

APÉNDICE.

Tabla de los Pesos y Medidas adoptados por la Farmacopea de los Estados Unidos.

Una libra,	℔	=	12 onzas	=	5760	granos.
Una onza,	℥	=	8 dracmas	=	480	"
Una dracma,	ʒ	=	8 escrúpulos	=	60	"
Un escrúpulo,	℈	=	....	=	20	"
Un grano,	gr.	=	....	=	1	"
Un galon,	C	=	8 pintas	=	61440	mínimas.
Una pinta,	O	=	16 onzas flúidas	=	7680	"
Una onza flúida,	f℥	=	8 dracmas flúidas	=	480	"
Una dracma flúida,	fʒ		....	=	60	"
Una mínima,	♏		....	=	1	"

Tabla comparativa de los Pesos de la Farmacopea de los Estados Unidos y los del Sistema Métrico.

Grano.		Milígramo.
$\frac{1}{64}$	=	1,012
$\frac{1}{60}$	=	1,079
$\frac{1}{50}$	=	1,295
$\frac{1}{48}$	=	1,349
$\frac{1}{40}$	=	1,619
$\frac{1}{36}$	=	1,799
$\frac{1}{30}$	=	2,159
$\frac{1}{25}$	=	2,591
$\frac{1}{24}$	=	2,699
$\frac{1}{20}$	=	3,239
$\frac{1}{16}$	=	4,049
$\frac{1}{15}$	=	4,319
$\frac{1}{12}$	=	5,399
$\frac{1}{10}$	=	6,479
$\frac{1}{8}$	=	8,098
$\frac{1}{6}$	=	10,798
$\frac{1}{5}$	=	12,958
$\frac{1}{4}$	=	16,197
$\frac{1}{3}$	=	21,597
$\frac{1}{2}$	=	32,395

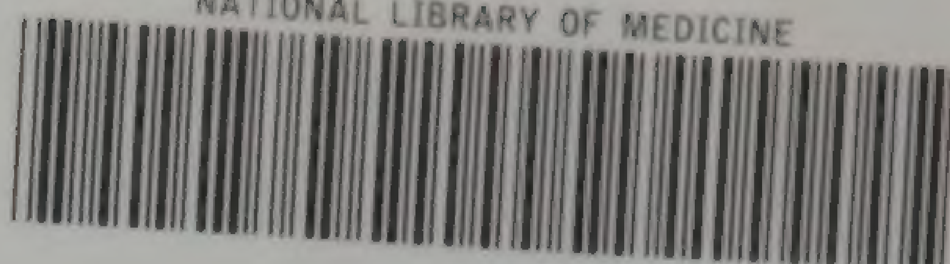
Granos.		Centígramos.
1	=	6,479
		Decígramos.
2	=	1,295
3	=	1,943
4	=	2,591
5	=	3,239
6	=	3,887
7	=	4,535
8	=	5,183
9	=	5,831
10	=	6,479
12	=	7,775
15	=	9,718
		Gramos.
16	=	1,036
20	=	1,295
24	=	1,555
25	=	1,619
30	=	1,943
40	=	2,591
50	=	3,239
60	=	3,887

Dracmas.		Gramos.
1	=	3,887
2	=	7,775
		Decágramos.
3	=	1,166
4	=	1,555
5	=	1,943
6	=	2,332
7	=	2,721
Onzas.		
1	=	3,1103
2	=	6,2206
3	=	9,3309
		Hectógramos.
4	=	1,2441
5	=	1,5551
6	=	1,8661
7	=	2,1772
8	=	2,4882
9	=	2,7992
10	=	3,1103
11	=	3,4213
Libras.		
1	=	3,7324
2	=	7,4648
		Kilógramos.
3	=	1,1197

Tabla comparativa de las Medidas de la Farmacopea de los Estados Unidos y las del Sistema Métrico.

Un galon,	=	3,785	litros.
Una pinta,	=	4,732	decílitros.
Una onza flúida,	=	2,957	centílitros.
Una dracma flúida,	=	3,697	milílitros.
Una mínima,	=	0,061	milílitro.

FIN.



NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE
NLM 00580168 2